

grootingen 1940

DE VEREENIGINGEN
VOOR ZIEKENHUISVERPLEGING,
MET NAME IN FRIESLAND,
GEZIEN BINNEN HET KADER DER
GENEESKUNDIGE VERZEKERING

M. ELZINGA



Digitized by the Internet Archive
in 2026

DE VEREENIGINGEN VOOR ZIEKENHUISVERPLEGING,
MET NAME IN FRIESLAND, GEZIEN BINNEN HET
KADER DER GENEESKUNDIGE VERZEKERING

DE VEREENIGINGEN
VOOR ZIEKENHUISVERPLEGING,
MET NAME IN FRIESLAND,
GEZIEN BINNEN HET KADER DER
GENEESKUNDIGE VERZEKERING

PROEFSCHRIFT

TER VERKRIJGING VAN DEN GRAAD VAN DOCTOR
IN DE GENEESKUNDE AAN DE RIJKS-UNIVERSITEIT
TE GRONINGEN, OP GEZAG VAN DEN RECTOR
MAGNIFICUS Dr P. J. VAN RHIJN, HOOGLEERAAR IN
DE FACULTEIT DER WIS- EN NATUURKUNDE, IN
HET OPENBAAR TE VERDEDIGEN OP WOENSDAG
10 JULI 1940, DES NAMIDDAGS TE 3.15 PRECIES

DOOR

MATTHEÛS ELZINGA

GEBOREN TE WINSUM (Gron.)



H. VEENMAN EN ZONEN — WAGENINGEN

Aan mijn ouders

en

Aan mijn vrouw

Promotor : Prof. G. KAPSENBERG

INHOUD

	Bladz.
Inleiding	1

HOOFDSTUK I

<i>De geneeskundige verzekering</i>	3
1. Verplichte geneeskundige verzekering	4
A. Ongevallenwet 1921	4
B. Land- en Tuinbouwongevallenwet 1922	5
C. Zeeongevallenwet 1919	5
D. Invaliditeitswet	6
E. Ziektewet	7
2. Vrijwillige geneeskundige verzekering	8
A. Vrijwillige verzekering tegen loonderving	8
B. Vrijwillige verzekering tegen de financiële gevolgen van geneeskundige behandeling	9
a. De verzekering tegen de kosten wegens huisartsenhulp, enz.	9
b. De verzekering tegen de kosten van ziekenhuisverpleging, enz.	12

HOOFDSTUK II

<i>Kort overzicht van de instellingen voor geneeskundige verzekering in Nederland</i>	14
1. Instellingen, ontstaan in verband met de invoering van de sociale-verzekeringswetten	14
A. Rijksverzekeringsbank	14
B. Raden van Arbeid	15
C. Instellingen voor risico-overdracht	15
D. Erkende bedrijfsverenigingen voor uitvoering der Land- en Tuinbouwongevallenwet 1922	16
E. Bedrijfsverenigingen voor uitvoering der Ziektewet	17
F. Vereeniging Zee-Risico	17
2. Instellingen, die zich bezig houden met de uitvoering eener niet wettelijk verplichte verzekering	17
A. Ziekenkassen	17
B. Ziekenfondsen	18
a. Maatschappij-Fondsen	18
b. Onderling beheerde Fondsen	18

	Bladz.
c. Directie-Fondsen	18
d. Ondernemingsfondsen	19
e. Doktersfondsen	19
f. Overige Fondsen	19
C. Instellingen, die in de verzekering tegen de kosten van ziekenhuisverpleging voorzien	19
a. Plaatselijk of gewestelijk werkende, onderlinge vereenigingen voor ziekenhuisverpleging	19
b. Ziekenhuisverplegingsvereenigingen, verbonden aan ziekenfondsen	20
c. Verzekeringsmaatschappijen, die uit commercieel oogpunt de verzekering tegen de kosten van ziekenhuisverpleging ter hand genomen hebben	20
d. Verzekering tegen de kosten van verpleging in bepaalde ziekenhuizen, uitgaande van deze ziekenhuizen zelve	20
e. Ziekenhuisverzekering, verbonden aan bepaalde stands- of vakorganisaties	21
f. Over het geheele land werkende onderlinge instellingen tot verzekering tegen de kosten van ziekenhuisverpleging	21
g. Plaatselijk werkende onderlinge vereenigingen voor ziekenhuisverpleging, gecombineerd met een provinciaal werkende onderlinge vereeniging voor de kosten van klinische hulp	21
D. Instellingen, die de verzekering tegen de kosten van sanatoriumverpleging op zich nemen	22

HOOFDSTUK III

<i>Overzicht van de instellingen voor geneeskundige verzekering in Friesland</i>	23
1. Verplichte geneeskundige verzekering	23
A. De Onderlinge Bedrijfsvereeniging „De Waarborg”	23
B. De Friesche Landbouw Onderlinge.	23
2. Vrijwillige geneeskundige verzekering	24
A. De ziekenkassen	24
B. De ziekenfondsen	25
a. Maatschappij-Fondsen.	25
b. Onderling beheerde fondsen.	26
c. Ondernemingsfondsen	28
d. Doktersfondsen.	28
C. De vereenigingen en maatschappijen voor ziekenhuisverpleging	28

HOOFDSTUK IV

<i>De ontwikkeling van de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging in Friesland</i>	32
--	----

HOOFDSTUK V

<i>De taak van de vereenigen voor ziekenhuisverpleging algemeen beschouwd</i>	35
1. De taak van de vereenigen voor ziekenhuisverpleging op zichzelf beschouwd	35
A. Voor iedereen toegankelijk	35
B. Vrije ziekenhuiskeuze	36
C. Vrije artsenkeuze	36
D. Geen welstandsgrensbepaling	37
E. Zoo volledig mogelijke verzekering	38
2. De taak van de vereenigen voor ziekenhuisverpleging in verband met de werkkringen van andere organisaties.	40
A. De taak van de vereenigen voor ziekenhuisverpleging in verband met die van de ziekenfondsen	40
B. De taak van de vereenigen voor ziekenhuisverpleging in verband met die der Kruisvereenigen	48
3. De taak van de vereenigen voor ziekenhuisverpleging in verband met de sociale-verzekeringswetten	49
4. Recht op zelfstandig bestaan van de vereenigen voor ziekenhuisverpleging	55

HOOFDSTUK VI

<i>De organisatie van de vereenigen voor ziekenhuisverpleging in Friesland</i>	57
A. De organisatie van de plaatselijk of gemeentelijk werkende vereenigen	57
B. De organisatie en de beteekenis van het federatieve verband	59
C. De verhouding tusschen de vereenigen voor ziekenhuisverpleging en de Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst	60
D. De verhouding van de vereenigen voor ziekenhuisverpleging tot de vakvereenigen	63

HOOFDSTUK VII

<i>De werkwijze van de vereenigen voor ziekenhuisverpleging in Friesland</i>	67
1. De typen van vereenigen voor ziekenhuisverpleging, welke men in Friesland aantreft	67
A. De „zuivere” verplegingsfondsen	67
B. De verplegingsfondsen, die ook de klinisch-specialistische hulp ver- goeden.	68
C. De vereenigen voor ziekenhuisverpleging, verbonden aan een ziekenfonds.	68

	Bladz.
2. Overzicht van de reglementaire vergoedingen	68
A. Verpleegduur	68
B. Klassen	69
C. Klinisch-specialistische hulp	69
D. Apothekerskosten	70
E. Radiologische behandeling en het maken van Röntgenfoto's . . .	70
F. Vervoer	70
G. Poliklinisch-specialistische hulp	70
H. Sanatorium- en gestichtsverpleging	70
I. Besmettelijke ziekten	71
J. Bij-onkosten	71
K. Enkele andere bepalingen	71

HOOFDSTUK VIII

<i>Gebreken van de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging in Friesland.</i> .	73
A. Geen eenheid in de wijze van vergoeding	73
B. Geen volledige verzekering	74
C. Beperkte duur van den tijd, gedurende welken vergoedingen uitgekeerd worden.	75
D. Geen contrôle op de noodzakelijkheid en den duur van de opneming in een ziekenhuis	76

HOOFDSTUK IX

<i>Verbeteringen, welke aangebracht kunnen worden.</i>	77
1. De invoering van een uniform reglement.	77
A. Verpleegduur	77
B. Klassen	81
C. Klinisch-specialistische hulp	81
D. Apothekerskosten	82
E. Radiologische behandeling en vervaardiging van Röntgenfoto's. .	82
F. Vervoer	83
G. Poliklinische hulp.	84
H. Sanatorium- en gestichtsverpleging	84
I. Besmettelijke ziekten	84
J. Bij-onkosten	85
K. Enkele andere bepalingen	85
L. Ontwerp-reglement	87
2. De invoering van de medische contrôle	89
A. Geschiedt de opneming van een patiënt steeds op grond van noodzakelijkheid?	89
B. Is de ligduur in bepaalde gevallen ook te lang?	90
C. Kunnen sommige patiënten ook voor rekening van andere organisaties verpleegd worden?	91

HOOFDSTUK X

<i>De geneeskundige contrôle bij de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging</i>	93
A. De taak van den controleerenden geneesheer	93
B. Het effect der geneeskundige contrôle	93
C. Bezwaren, die tegen de geneeskundige contrôle ingebracht worden	95
a. Gevoelsbezwaren	95
b. Financieele bezwaren	95
c. Eén controleerende geneesheer is voor een gebied ter grootte van Friesland onvoldoende.	96
d. Als de artsen met de financieele belangen van de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging rekening houden, is contrôle niet noodig. . .	96
D. De indicatiestelling voor de opneming in een ziekenhuis, mede in verband met de geneeskundige contrôle	98
a. De medische indicatie.	99
b. De sociale indicatie.	100

HOOFDSTUK XI

<i>Beschouwingen over de opneming in een ziekenhuis, mede in verband met de verzekering voor ziekenhuisverpleging</i>	102
A. De risicofactor voor opneming in een ziekenhuis in verband met leeftijd en geslacht	103
B. Oorzaken voor de toeneming van het aantal patiënten, dat in ziekenhuizen opgenomen wordt.	110
a. De vrees voor het ziekenhuis is overwonnen	110
b. Betere verzorging in een ziekenhuis	111
c. De verzekering tegen de kosten wegens ziekenhuisverpleging . .	111
d. De vooruitgang van de medische wetenschap	111
e. De slechte tijdsomstandigheden	116
f. Het verkeer	117
g. De vestiging van meer jonge artsen	117
h. Het ziekenvervoer	117
i. De patiënten zelf	118

HOOFDSTUK XII

<i>De sociale beteekenis van de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging in Friesland</i>	119
--	-----

HOOFDSTUK XIII

<i>Maatschappijen, die uit commercieel oogpunt de verzekering tegen de kosten van ziekenhuisverpleging ter hand nemen</i>	127
---	-----

HOOFDSTUK XIV

<i>Voor- en nadeelen van de verschillende vormen, volgens welke men zich tegen de kosten van ziekenhuisverpleging verzekeren kan</i>	130
A. De „zuivere” verplegingsfondsen	130
B. De vereenigingen voor ziekenhuisverpleging, die tevens de klinisch-specialistische hulp vergoeden.	131
C. De vereenigingen voor ziekenhuisverpleging, verbonden aan een ziekenfonds.	131
D. De verzekeringsmaatschappijen, welke de verzekering voor ziekenhuisverpleging ter hand genomen hebben	132
E. Versnippering of samenvoeging?	132

HOOFDSTUK XV

<i>Samenvatting van het behandelde ; desiderata met betrekking tot de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging.</i>	134
Literatuur	141

INLEIDING

De verzekering tegen de kosten van ziekenhuisverpleging staat tegenwoordig in het middelpunt der belangstelling. Dit komt zoo-wel door het feit, dat het aantal patiënten, voor wie opneming in een ziekenhuis noodig is, hand over hand toeneemt, waardoor tevens de kosten, welke de onderling werkende vereenigingen voor ziekenhuisverpleging moeten maken, steeds stijgen, als ook doordat er van regeeringswege reeds herhaaldelijk getracht is, om de verzekering tegen de kosten van ziekenhuisverpleging dwingend voor te schrijven aan hen, die volgens de Ziektewet verzekerd zijn. Uit dit alles zijn problemen en moeilijkheden ontstaan, welke in dit proefschrift nader behandeld zullen worden.

Voor de ontwikkeling der vereenigingen voor ziekenhuisverpleging is het uiteraard van de grootste beteekenis, op welke wijze de hangende vraagstukken opgelost zullen worden.

Na enkele hoofdstukken over de geneeskundige verzekering in het algemeen, zullen meer in het bijzonder de taak, de organisatie en de werkwijze der vereenigingen voor ziekenhuisverpleging besproken worden.

In het hoofdstuk over de taak der vereenigingen voor ziekenhuisverpleging zal deze gezien worden in haar verband met de werkkringen van andere organisaties en vervolgens in haar verband met de sociale-verzekeringswetten. Tevens zal een pleidooi gehouden worden voor het recht op een zelfstandig bestaan van de genoemde vereenigingen.

Bij de bespreking van de organisatie wordt onder meer behandeld de verhouding van de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging tot de Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst en tot de Vakorganisaties.

Nadat in het hoofdstuk over haar werkwijze de tegenwoordige toestand in Friesland uiteengezet is, worden de gebreken der vereenigingen besproken en wordt de weg aangegeven, volgens welken deze gebreken weggenomen kunnen worden.

Aan het einde worden nog beschouwingen gehouden over de opneming in een ziekenhuis in het algemeen en over de sociale beteekenis van de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging in Friesland. Tenslotte worden de verzekeringsmaatschappijen, welke als hoofd- of als bij-object de verzekering voor ziekenhuisverpleging ter hand genomen hebben, behandeld en de voor- en nadeelen van de verschillende vormen, volgens welke men zich tegen de kosten van ziekenhuisverpleging verzekeren kan, in het licht gesteld.

De vraag, waarom in deze verhandeling de toestanden in Friesland op den voorgrond zijn geplaatst, wordt in hoofdstuk III beantwoord. Hier moge er evenwel reeds op gewezen worden, dat er niets tegen in te brengen is, dat deze provincie in het bijzonder wordt behandeld, omdat de vraagstukken, welke in Friesland aan de orde zijn, ook voor andere streken van het land, zij het ook in een iets anderen vorm, beteekenis hebben.

HOOFDSTUK I

DE GENEESKUNDIGE VERZEKERING

Alvorens de geneeskundige verzekering te bespreken, is het noodig eerst onder de oogen te zien, wat men in het algemeen onder het begrip verzekering te verstaan heeft.

Verzekering is „een overeenkomst, bij welke de verzekeraar zich aan den verzekerde, tegen genot eener premie, verbindt om denzelfden schadeloos te stellen wegens een verlies, schade of gemis van verwacht voordeel, welke dezelve door een onzeker voorval zou kunnen lijden” (art. 246, Wetboek van Koophandel). Deze definitie geeft gereede aanleiding tot het maken van enkele opmerkingen.

Op grond van de gegeven definitie is het doel van een verzekering dus om een bepaald risico te bezweren. Uit den aard der zaak kan men trachten zich tegen elk risico te verzekeren. De groote bloei van het assurantie-wezen hier te lande bewijst, dat er groote behoefte aan verzekering bestaat. Toch dient de vraag gesteld te worden, of deze behoefte inderdaad zoo groot is, als zij ons op het eerste gezicht toeschijnt, of dat onze indruk dienaangaande niet veeleer het gevolg daarvan is, dat door bepaalde instantie's verzekering al te zeer als noodzakelijk, ja zelfs als onontbeerlijk aangeprezen wordt.

Men heeft zich af te vragen, of verzekering onder alle omstandigheden nuttig is te achten, anders gezegd, of het goed gezien is, als men zich tegen elk risico tracht te dekken, of dat men een gezonder standpunt inneemt, als men zich slechts verzekert tegen die mogelijke schade, waarvan de financieele gevolgen zóódanig kunnen zijn, dat zij iemand, wien deze schade treft, ruïneeren, of althans in ernstige moeilijkheden brengen.

Het laatste standpunt is verre te verkiezen boven het eerste. Het is immers denkbaar, dat iemand tengevolge van de vele premien, welke hij voor verschillende verzekeringen betalen moet,

nauwelijks in staat is, behoorlijk in eigen levensonderhoud te voorzien. En al moge het gestelde geval eenigszins overdreven zijn, toch toont het duidelijk aan, dat een overdrijven in het sluiten van verzekeringen, maatschappelijk gesproken, nadeelig is te achten. Men dient derhalve het instituut verzekering slechts in zooverre nuttig te achten, als er die risico's door bezworen worden, waarvan men met vrij groote zekerheid aan kan nemen, dat de verzekerde een eventueele schade moeilijk of niet uit zijn normale inkomen weg zal kunnen werken, m.a.w. dat deze schade zulke hooge uitgaven tengevolge heeft, dat zij een normaal budget te boven gaan. Uit dit gezichtspunt dienen wij ook de geneeskundige verzekering te beschouwen.

Onder geneeskundige verzekering verstaat men die verzekering, waardoor de financieele gevolgen van ziekte of ongeval worden beperkt dan wel opgeheven.

Men kan bij de geneeskundige verzekering gemakkelijk twee scherp van elkander af te grenzen vormen onderscheiden en wel :

1. de wettelijk verplichte, geneeskundige verzekering ¹⁾ ;
2. de vrijwillige geneeskundige verzekering.

1. Verplichte geneeskundige verzekering. — Onder de verplichte geneeskundige verzekering vallen vrijwel allen, die in loondienst zijn en wier inkomen lager is dan het in de wet gestelde maximum. Zeer beknopt zullen de op de geneeskundige verzekering betrekking hebbende wetten besproken worden.

A. *Ongevallenwet 1921.* Het doel van deze wet is om arbeiders te verzekeren tegen de geldelijke gevolgen van ongevallen, hun in verband met hun dienstbetrekking in een onderneming overkomen. Onder deze wet vallen vooreerst al diegenen, die in loondienst in een verzekeringsplichtig bedrijf werkzaam zijn. Een bedrijf wordt geacht te worden uitgeoefend in een onderneming, indien met de uitoefening beoogd wordt winst te behalen. Alle bedrijven, die de wet niet uitdrukkelijk uitzondert, zijn verzekeringsplichtig. De uitzonderingen — in het kort land- en tuinbouw, boschbouw, veehouderij, zeescheepvaart en zeevisscherij — worden in art. 12 ge-

¹⁾ De verplichting, die somtijds aan arbeiders opgelegd wordt om zich bij een ondernemingsfonds aan te sluiten, kan gevoegelijk buiten beschouwing blijven.

noemd. De wet bevat voorts enkele bepalingen, krachtens welke personen, die tegen geldelijke vergoeding, ten behoeve van een in een onderneming uitgeoefend verzekeringsplichtig bedrijf, werkzaam zijn, doch niet in loondienst zijn, onder bepaalde voorwaarden worden geacht hun arbeid in dienst van de onderneming te verrichten (persoonlijk verrichten van arbeid in aangenomen werk, provisiereizigers, thuiswerkers). Personen, die niet in dienst zijn van een onderneming, kunnen nochtans wettelijk verzekerd zijn en wel, als zij in dienst zijn van een publiek-rechtelijk lichaam en zoodanige werkzaamheden verrichten, dat zij verzekerd zouden zijn, indien zij die werkzaamheden in de onderneming van een particulier uitvoerden. Tenslotte zijn nog enkele andere categorieën, zooals arbeiders in werkverschaffing en dergelijke verzekerd.

De schadeloosstelling, welke de door een bedrijfsongeval getroffen arbeider ontvangt, omvat genees- en heelkundige behandeling en, indien hij na den derden dag, volgende op het ongeval, nog niet in staat is te werken, een uitkeering, groot 80 % van zijn dagloon, gedurende ten hoogste zes weken. Duurt de ongeschiktheid tot werken langer dan zes weken, dan ontvangt de arbeider bij algeheele ongeschiktheid 70 % van zijn dagloon en bij gedeeltelijke ongeschiktheid een evenredig deel van 70 %. Bij overlijden van een verzekerde tengevolge van een ongeval worden de begrafeniskosten vergoed en wordt een rente aan de nagelaten betrekkingen uitgekeerd.

B. *Land- en Tuinbouwongevallenwet 1922*. Haar doel is om de arbeiders, werkzaam in ondernemingen, waarin de bedrijven van landbouw, tuinbouw, boschbouw of veehouderij uitgeoefend worden, te verzekeren tegen de geldelijke gevolgen van bedrijfsongevallen.

De schadeloosstelling is geheel gelijk aan die, vastgesteld bij de Ongevallenwet 1921.

C. *Zeeongevallenwet 1919*. Haar doel is aan de schepelingen van een zeevaartuig, indien hun een ongeval overkomt, bij ongeschiktheid tot werken een uitkeering te verzekeren. De uitkeering is volgens deze wet 70 % van het loon, terwijl er geen vergoeding voor genees- en heelkundige behandeling gegeven wordt. Bij totaal verlies van hun goederen, tengevolge van een ramp aan het zeevaartuig overkomen, hebben de leden van de bemanning recht op een uitkeering ineens.

D. *Invaliditeitswet*. Deze wet heeft ten doel arbeiders te verzekeren tegen de geldelijke gevolgen van invaliditeit en ouderdom, terwijl zij tevens de volksgezondheid wil bevorderen door het verleen van geneeskundige behandeling, ten einde blijvende invaliditeit te voorkomen of invaliditeit op te heffen, en door het verleen van toelagen aan inrichtingen of vereenigingen tot verpleging van zieken of herstellenden, of op andere wijze in het belang der volksgezondheid werkzaam. Ieder, die in loondienst is en den leeftijd van 14 jaar bereikt heeft, valt onder deze wet, mits het loon niet hooger is dan f 2000.— per jaar. Van deze bepaling zijn enkele personen uitgezonderd, namelijk zij, die den leeftijd van 35 jaar bereikt hebben en niet in het bezit van een rentekaart zijn ; zij, wien door het Rijk een pensioen is verzekerd, en spoorwegpersoneel, dat onder de pensioenregeling der Nederlandsche Spoorwegen valt. ¹⁾

De premie wordt voldaan door middel van dag- of weekzegels, welke door den werkgever, of in bepaalde gevallen door den verzekerde zelf, op de rentekaart geplakt worden. De geplakte zegels geven recht op ouderdoms-, invaliditeits-, weduwen- en weezen-rente.

Bij een kort overzicht kan met de bespreking van de invaliditeitsrente volstaan worden. Zij wordt verleend :

1. bij blijvende invaliditeit ;
2. indien men reeds een half jaar tijdelijk invalide is.

Invalide is hij, die tengevolge van ziekte of gebreken niet in staat is om $\frac{1}{3}$ van zijn gewone loon te verdienen met arbeid, die voor zijn krachten of bekwaamheid berekend is en die hem, met het oog op zijn opleiding of vroeger beroep, naar billijkheid kan worden opgedragen.

Men heeft recht op invaliditeitsrente, als er tenminste 150 zegels geplakt zijn. Zij wordt naar de totale waarde der geplakte zegels berekend.

Het bezit van een rentekaart opent de mogelijkheid, dat bij bepaalde ziektegevallen, waar van dreigende blijvende invaliditeit gesproken kan worden, geneeskundige behandeling of verpleging op kosten van de Rijksverzekeringsbank verleend wordt. De voorwaarden daarvoor zijn :

¹⁾ Art. 38 der Invaliditeitswet bepaalt, dat niet verzekeringsplichtig zijn arbeiders in dienst van spoorwegmaatschappijen, voor wie een regeling betreffende pensioen bij invaliditeit en ouderdom is vervat in een bij de wet bekrachtigde regeling of in een reglement van dienstvoorwaarden.

1. dat op grond van een medisch onderzoek verwacht kan worden, dat er redelijke kans op herstel bestaat, binnen een niet al te lang tijdsverloop ;
2. dat de verzekerde bereid is de noodige medewerking te verleen ;
3. dat de verzekering goed onderhouden is, m.a.w. dat er regelmatig zegels geplakt zijn.

E. *Ziektewet*. Deze wet bedoelt de arbeiders te verzekeren tegen de geldelijke gevolgen van ziekte, welke met arbeidsongeschiktheid gepaard gaat. Verzekerd zijn alle arbeiders in dienst van een onderneming, behalve zij, die meer dan f 3000.— per jaar verdienen ; zij, die uitsluitend onderricht ontvangen ; zeelieden ; zeevisschers ; arbeiders, die in vasten dienst zijn van Staat, Provincie, Gemeente, Waterschap of Polder ; en spoorwegarbeiders in vasten dienst.

De uitkeering bedraagt, bij ongeschiktheid tot werken wegens ziekte, 80 % van het dagloon. Zij wordt betaald over elken werkdag, waarop arbeidsongeschiktheid wegens ziekte bestaat, te beginnen met den derden dag, volgende op dien, waarop de ongeschiktheid tot werken aanving, doch gedurende ten hoogste 26 weken. Bij zwangerschap van gehuwde verzekerden wordt ten hoogste gedurende zes weken vóór de bevalling ziekengeld uitgekeerd, dat dan gelijk is aan het gewone dagloon, terwijl bij de bevalling van een gehuwde verzekerde eveneens het volle dagloon uitbetaald wordt, zoolang de ongeschiktheid tot werken duurt, doch ten hoogste gedurende 26 weken na den partus.¹⁾

Uit het gegeven overzicht blijkt, dat de geneeskundige verzekering, voorzoover zij bij de verschillende wetten geregeld is, in de eerste plaats voorziet in de verzekering tegen loonderving. Slechts de Land- en Tuinbouwongevallenwet 1922 en de Ongevallenwet 1921 verzekeren ook tegen de kosten van geneeskundige behandeling, terwijl de Invaliditeitswet daarvoor in zeer bijzondere gevallen de mogelijkheid opent en de Ziektewet een bepaling inhoudt betreffende het verleen van verloskundige hulp.

¹⁾ Onder bepaalde voorwaarden wordt krachtens deze wet aan gehuwde verzekerden ook verloskundige hulp verleend. Hieronder worden tevens begrepen de kosten van vervoer naar en de verpleging in een ziekenhuis, indien hiervoor noodzaak bestond.

2. **Vrijwillige geneeskundige verzekering.** — De vrijwillige geneeskundige verzekering vindt, in tegenstelling met de verplichte, haar grootste werkzaamheid juist op het terrein van de verzekering tegen de financiële gevolgen van de geneeskundige behandeling, deze in den meest uitgebreiden zin van het woord genomen. Men treft op haar gebied echter ook eenige instellingen aan, die een uitkeering wegens loonderving tijdens ziekte of ongeval geven. Daarom is het wenschelijk beide onderdeelen van de vrijwillige geneeskundige verzekering gescheiden te bespreken.

Begonnen wordt met het in de tweede plaats genoemde type van vrijwillige geneeskundige verzekering.

A. *Vrijwillige verzekering tegen loonderving.* Hierin wordt voor een deel voorzien door de met name ten plattelande bestaande ziekenkassen en verder door verschillende verzekeringsinstellingen, welke op een commerciële basis staan.

De *ziekenkas* is een fonds, dat beoogt om aan zijn leden tijdens hun ziekte een uitkeering in geld te verstrekken. Dikwijls dragen deze instellingen ook den naam van *ziekenfonds*. Dit is onjuist. Het is beter den naam ziekenfonds uitsluitend te gebruiken voor die instellingen, welke op eenigerlei wijze de kosten, verbonden aan geneeskundige behandeling, in den meest uitgebreiden zin van het woord, trachten te bestrijden, en slechts te spreken van *ziekenkas*, indien het fonds uitsluitend een uitkeering in geld tijdens ziekte verstrekt.

Grootendeels is het doel van de ziekenkassen door de invoering van de sociale-verzekeringswetten vervallen. Voorheen waren alle arbeiders, die nu onder deze wetten vallen, op zichzelf aangewezen en hadden zij dus behoefte aan een fonds, dat hun bij ziekte althans een gedeelte van het weekloon uitbetaalde. Toch is de invoering van de genoemde wetten geen oorzaak geweest, dat de ziekenkassen, waarvan vele op een eerbiedwaardigen ouderdom kunnen bogen, geheel verdwenen zijn. Met het getij hebben vele van deze instellingen haar bakens verzet. Zij keeren nu aan haar leden, die tevens ingevolge de Ziektewet en de Ongevallenwetten verzekerd zijn, de ontbrekende 20 % van het loon uit. Daarnaast hebben zij nog steeds beteekenis voor den kleinen middenstand en voor de kleine zelfstandige werkers, die van enkele pondematen gehuurd land moeten leven. De genoemde categorie van personen valt tot nu toe bij ziekte of ongeval onder geen enkele sociale-verzekeringswet en is dus

genoodzaakt om, bij ziekte of ongeval, de schade zelf te dragen ¹⁾. Aan deze menschen wordt nu door toetreding tot een ziekenkas een gelegenheid geboden, om zich voor een luttel bedrag per week te verzekeren tegen de financieele gevolgen van ziekte.

Een welstandsgrens is bij de ziekenkassen, die steeds onderling werken, niet aangegeven. Dit is ook niet noodig, omdat het bedrag, dat uitgekeerd wordt, op de basis van een vaste premie verzekerd is. Men kan deze instellingen dan ook geheel beschouwen als onderlinge verzekeringsmaatschappijen, die geheel aan de op bladzijde 3 gegeven definitie van het begrip verzekering voldoen.

B. Vrijwillige verzekering tegen de financieele gevolgen van geneeskundige behandeling. In deze verzekering, in den meest uitgebreiden zin opgevat, wordt voorzien door de ziekenfondsen, de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging en verder door tal van verzekeringsmaatschappijen, die dezen vorm van verzekering hetzij als hoofd-, hetzij als bij-object beschouwen.

De vraag dient gesteld te worden, of de financieele gevolgen van geneeskundige behandeling wel een object voor verzekering zijn. Voor een juiste beantwoording hiervan moet men een onderscheid maken tusschen de verzekering voor huisartsen-, poliklinisch-specialistische en pharmaceutische hulp eenerzijds en die voor klinisch-specialistische hulp en ziekenhuisverpleging anderzijds. Deze beide vormen van verzekering zullen afzonderlijk besproken worden.

a. *De verzekering tegen de kosten wegens huisartsen hulp, en z. Zijn de kosten wegens huisartsen-, poliklinisch-specialistische en pharmaceutische hulp een object voor verzekering?*

De beantwoording van deze vraag wordt vergemakkelijkt, door op het ontstaan van de ziekenfondsen te letten. Zooals bekend, zijn deze fondsen van zeer ouden datum. Reeds in den gildetijd kende men instellingen, die in vele opzichten met de tegenwoordige ziekenfondsen vergeleken kunnen worden en die dikwijls den naam van ziekenbussen droegen (33) ²⁾. Zij gingen meestal uit van, en waren slechts toegankelijk voor de leden van een bepaald gilde. Bij ziekte werd gratis geneeskundige hulp verstrekt en soms ook een geldelijke uitkeering.

¹⁾ In April 1940 is een staatscommissie ingesteld, welke het vraagstuk van de uitbreiding der verplichte sociale verzekering tot de kleine zelfstandigen zal bestudeeren.

²⁾ De tusschen haakjes geplaatste cijfers verwijzen naar de achterin opgenomen literatuurlijst.

In de vorige eeuw trof men reeds in verschillende plaatsen ziekenfondsen aan. Als men zich iets verdiept in de geschiedenis van het ziekenfondswezen (33), dan blijkt wel, dat men hierbij niet zonder eenig voorbehoud spreken mag van een verzekering tegen de financiële gevolgen van geneeskundige hulp tengevolge van ziekte, al zou dit, verzekeringstechnisch gedacht, zeer goed te verdedigen zijn. Bij de oprichting van ziekenfondsen hebben namelijk ook sociale overwegingen een belangrijke rol gespeeld. Deze instellingen toch kunnen voorkomen, dat iemand door de uitgaven wegens ziekte maatschappelijk in groote moeilijkheden komt. Het onderlinge karakter, dat ook tegenwoordig nog vele ziekenfondsen kenmerkt, wijst mede duidelijk in sociale richting.

Toch is het, ook historisch gezien, goed om de ziekenfondsen als verzekeringsinstellingen te beschouwen. In vroegere tijden heeft men de kosten wegens geneeskundige hulp ongetwijfeld als object voor verzekering beschouwd.

De in financieel opzicht schadelijke gevolgen van ziekte kunnen dus een object voor verzekering uitmaken, doch zij behoeven dit geenszins onder alle omstandigheden te zijn. Uitgaande van het hierboven omschreven standpunt, dat het instituut verzekering slechts in zooverre nuttig is te achten, als er die risico's door bezworen worden, bij welke met vrij groote zekerheid aangenomen kan worden, dat de verzekerde een eventueele schade moeilijk of niet uit zijn normale inkomen zal kunnen overwinnen, volgt, dat het niet voor ieder noodig is, om zich tegen de kosten van huisartsen-, pharmaceutische en poliklinisch-specialistische hulp te verzekeren. Degenen, die over een behoorlijk inkomen beschikken, zullen niet de behoefte gevoelen om zich bij een verzekeringsinstituut aan te sluiten; voor hen is verzekering niet noodzakelijk, omdat zij meestal zonder onoverkomelijk bezwaar de nota van den huisarts, de gebruikte medicijnen en zoo noodig het spreekuur van een specialist betalen kunnen. Voor den arbeiders- en kleinen middenstand echter kan het ziekenfonds, dat in de kosten voor de geneeskundige behandeling door den huisarts voorziet, een zeer groote steun in het maatschappelijk bestaan beteekenen.

Uit deze beschouwing blijkt, dat het ziekenfonds niet voor iedereen toegankelijk mag zijn en dat het instellen van een welstandsgrens logisch is ¹⁾. Verder valt er uit af te leiden, dat een midden-

¹⁾ Zooals bekend, is de welstandsgrens voornamelijk om andere redenen

standsziekteverzekering, of wil men, een middenstandsziekenfonds, dat beoogt die bevolkingsgroepen te omvatten, wier inkomen hooger is dan de welstandsgrens der gewone ziekenfondsen, weinig reden van bestaan heeft, omdat de tot deze groep behorende personen in vele gevallen zelf de kosten van behandeling door den huisarts wel uit hun inkomen betalen kunnen ¹⁾).

Het bijzondere karakter van het ziekenfonds geeft gereede aanleiding tot enkele beschouwingen over de voor- en nadeelen van het ziekenfondswezen. De onmiskenbare sociale kant, welke een ziekenfonds bezit, is wel deze, dat door voorzorg en „eigen hulp” het gevoel van zelfstandigheid en het verantwoordelijkheidsbesef worden aangekweekt, in dien zin, dat men het zonder de hulp van de overheid wenscht te stellen en niet afhankelijk van de liefdadigheid wil zijn.

De zorg voor het lichamelijk welzijn van het gezin wordt door toetreding tot een ziekenfonds zeer zeker voor breede lagen van de bevolking veel gemakkelijker. Het *te* lang wachten, voordat geneeskundige hulp ingeroepen wordt, vervalt, waardoor menige complicatie voorkomen en ook dikwijls de duur der ziekte bekort kan worden.

Deze voordeelen brengen onvermijdelijk nadeelen met zich, gevolg van de onvolmaaktheid der menschelijke natuur. De artsen worden overstelpt met veel klein werk, dat zij anders niet behoeven te doen, waardoor een belangrijk gedeelte van hun tijd in beslag genomen wordt, en het is niet ondenkbaar, dat hierdoor ernstige zieken in het gedrang kunnen komen. De leden worden veeleischend en een gevolg daarvan kan zijn, dat de huisarts genoodzaakt is geneeskundige handelingen, die hij anders zelf uit zou kunnen voeren, aan den specialist over te laten.

Ook voor de artsen heeft het ziekenfonds voordeelen en wel deze, dat hun inkomen gestabiliseerd wordt en dat de leden uiteraard geen wanbetalers zijn.

Tot nadeelen moet men rekenen, dat, zooals hierboven reeds

ingesteld. Indien geen welstandsgrens bepaald was, zou ieder, ongeacht zijn inkomen, lid van een ziekenfonds kunnen worden. Aangezien een arts geen uniform tarief heeft, maar zijn honorarium naar den welstand van den patiënt bepaalt, zou bij het ontbreken van een welstandsgrens de contributie voor de ziekenfondsen hooger zijn, dan nu zij wel ingevoerd is. In het eerste geval toch moeten ook de voor de meergegoeden te berekenen tarieven in de premie voor de ziekenfondsen verrekend worden. Hierdoor zouden de tarieven van de ziekenfondsen voor de minder gegoede bevolking te duur worden.

¹⁾ Het is de meening van den schrijver, dat het ziekenfonds uitsluitend voor minvermogens bestemd is en mag zijn.

is aangestipt, de arts gedwongen wordt tot massa-arbeid en dat de arbeid per verrichting betrekkelijk slecht betaald wordt.

Op zichzelf beschouwd, en in verband gebracht met het ontstaan en de ontwikkeling der ziekenfondsen, kan er geen twijfel over bestaan, dat de kosten wegens huisartsenhulp, enz. een object voor verzekering uitmaken.

b. De verzekering tegen de kosten van ziekenhuisverpleging, enz. Zijn de kosten van ziekenhuisverpleging en klinisch-specialistische hulp een object voor verzekering? Schijnbaar zou bij de beantwoording van deze vraag dezelfde redeneering gebruikt kunnen worden als hierboven bij de bespreking van het ziekenfondswezen geschied is, doch de zaken liggen hier eenigszins anders en wel op een ander niveau. Een opneming in een ziekenhuis toch stelt aan den patiënt of aan diens verwanten direct veel hoogere financiële eischen dan waaraan voor huisartsenhulp voldaan moet worden. Verzekering voor ziekenhuisverpleging zal dus voor een grootere groep menschen noodzakelijk blijken te zijn. Het geldelijke risico, verbonden aan opneming in een ziekenhuis, kan zóó groot zijn, dat het niet verantwoord is, als men zich daartegen niet verzekert.

Zoo kan zonder voorbehoud gezegd worden, dat de kosten wegens ziekenhuisverpleging en wegens klinisch-specialistische hulp objecten voor verzekering zijn.

De vorm, waarin deze verzekering verwerkelijkt wordt, verschilt in belangrijke mate van dien der ziekenfondsen.

Men kan zich in het algemeen gesproken op twee manieren tegen de kosten van opneming in een ziekenhuis en van klinisch-specialistische hulp verzekeren en wel :

1. door toetreding tot een op commercieele basis staande maatschappij, die tegen de kosten van ziekenhuisverpleging verzekert ;
2. door onderlinge verzekering tegen de kosten van ziekenhuisverpleging.

Ad. 1. De op commercieele basis staande maatschappijen beschouwen de verzekering tegen ziekenhuisverpleging uitsluitend als doel op zichzelf. Hun eerste oogmerk is winst te maken. De sociale factor, welke ook in de verzekering voor ziekenhuisverpleging gelegen is, wordt uit den aard der zaak op den achtergrond gedrongen.

Ad. 2. In tegenstelling met den sub 1 genoemden vorm van verzekering treedt bij de onderlinge verzekering tegen de kosten van ziekenhuisverpleging de sociale factor ¹⁾ zeer sterk naar voren. Deze onderlinge verzekering wordt vrijwel steeds verwezenlijkt in den vorm van een vereeniging voor ziekenhuisverpleging. Van zulk een vereeniging zijn zoowel goed gesitueerden als minvermogenenden lid. De motieven, op grond waarvan de eersten lid zijn, rusten zeer dikwijls op sociale overwegingen, welke uit terzijdestelling van standgevoel en uit verbondenheid met minder gegoeden voort-spruiten. Zoo komt het bijvoorbeeld in Friesland voor, dat er door beter gesitueerden een fonds gevormd wordt, waaruit een deel van de contributie van de allerarmste leden betaald wordt. De administratie geschiedt, met name op het platteland, dikwijls geheel belangeloos, zoodat de onderling werkende vereenigingen vrijwel geen andere betalingen te doen hebben, dan die wegens de kosten, welke door de opneming harer leden in een ziekenhuis ontstaan zijn.

Hieruit volgt dus duidelijk, dat bij de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging sociale overwegingen een groote rol spelen.

In afwijking van de ziekenfondsen kennen de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging geen welstandsgrens. Deze is niet noodig, omdat men zich verzekert door betaling van een bepaalde premie tegen de kosten wegens opneming in een vooraf bepaalde klas van het ziekenhuis. Hier komt dus weer sterk het karakter van verzekering als zoodanig naar voren.

Tenslotte nog een enkele opmerking in verband met de voor-deelen, die de verzekering tegen de kosten van ziekenhuisverpleging oplevert. Tengevolge van den socialen factor, van welken bij dezen vorm van geneeskundige verzekering groote invloed uitgaat, ziet men, dat vele vereenigingen voor ziekenhuisverpleging het verantwoordelijkheidsbesef bij haar leden aankweeken. Het streven om zelfstandig te blijven en om niet, ingeval van ernstige ziekte op de gemeenschap aangewezen te zijn, wordt door deze vereenigingen ontgeenzeggelijk bevorderd.

Met deze korte uiteenzetting worde hier volstaan. In hetgeen volgt, zal nog voldoende gelegenheid zijn, dit alles breder te behandelen.

¹⁾ Met „sociale factor” wordt hier bedoeld de omstandigheid, dat met name het saamhorigheidsgevoel en de wil om elkander te helpen de drijfveeren tot oprichting der vereenigingen voor ziekenhuisverpleging waren.

HOOFDSTUK II

KORT OVERZICHT VAN DE INSTELLINGEN VOOR GENEESKUNDIGE VERZEKERING IN NEDERLAND

Uit den aard der zaak dient dit overzicht zeer beknopt gehouden te worden. Evenals bij de geneeskundige verzekering als zoodanig moet ook bij haar instellingen onderscheid gemaakt worden al naarmate er een verplicht dan wel een vrijwillig beginsel aan ten grondslag ligt. Zodoende kan men onderscheiden :

1. instellingen, wier bestaan te danken is aan de invoering van de sociale-verzekeringswetten en
2. instellingen, die zich bezig houden met de uitvoering eener niet wettelijk verplichte verzekering.

Beide groepen zullen afzonderlijk besproken worden.

1. Instellingen, ontstaan in verband met de invoering van de sociale-verzekeringswetten. — De wetten op het gebied der geneeskundige verzekering hebben als gevolg gehad de oprichting van de volgende instellingen :

- A. Rijksverzekeringsbank ;
- B. Raden van Arbeid ;
- C. Instellingen voor risico-overdracht ;
- D. Erkende bedrijfsverenigingen voor uitvoering van de Land- en Tuinbouwongevallenwet 1922 ;
- E. Bedrijfsverenigingen voor uitvoering der Ziektewet ;
- F. Vereniging Zee-Risico.

A. *Rijksverzekeringsbank (R.V.B.)*. De R.V.B. is o.m. belast met de uitvoering van :

1. de Ongevallenwet 1921 ;
2. een deel der Land- en Tuinbouwongevallenwet 1922 ;
3. de Invaliditeitswet.

1. De uitvoering van de Ongevallenwet 1921 is in de eerste plaats aan de R.V.B. en aan de Raden van Arbeid opgedragen. Zij alleen heeft te beslissen over de vaststelling van de schadeloosstelling en deze, evenals de vergoedingen wegens de kosten van genees- en heilkundige behandeling, aan de getroffen en uit te keeren. Daarnaast kunnen de werkgevers hun risico overdragen aan erkende instellingen voor risico-overdracht (zie onder C).

2. Volgens de Land- en Tuinbouwongevallenwet 1922 staat de R.V.B. gelijkberechtigd naast de erkende bedrijfsverenigingen.

3. De uitvoering van de Invaliditeitswet is geheel opgedragen aan de R.V.B., en aan de Raden van Arbeid.

B. *Raden van Arbeid.* De Raden van Arbeid verzorgen, evenals de bedrijfsverenigingen dit doen, de verzekering krachtens de Ziektewet ; de ziekenkassen van de Raden van Arbeid dragen namelijk het risico van de wettelijke ziektegeldverzekering van die arbeiders, wier werkgevers zich niet bij een bedrijfsvereniging aangesloten hebben.

De Raden van Arbeid hebben, zooals bekend, verder nog bemoeienis met de Ongevallenwet 1921 (onderzoek naar de toedracht van ongevallen, vaststelling van dagloonen, contrôle op loonlijsten en derg.). Zij staan hierbij dus de R.V.B. ter zijde. Voorts zijn zij betrokken bij de Land- en Tuinbouwongevallenwet 1922 (als organen van de R.V.B., voorzoover deze als risicodraagster krachtens deze wet optreedt) en bij de Invaliditeitswet en Ouderdomswet, waarbij hun een zeer zelfstandige taak opgedragen is.

C. *Instellingen voor risico-overdracht.* Zooals hierboven is aangeduid, laat de Ongevallenwet 1921 voor werkgevers de mogelijkheid open om zich niet direct bij de R.V.B. aan te sluiten, doch of zelf het risico te dragen, of het over te dragen aan een particuliere onderneming. De werkgevers, die van een van beide mogelijkheden gebruik maken, zijn geen premie aan de R.V.B. verschuldigd. Zij (of de vereniging, welke van hen het risico heeft overgenomen) hebben den plicht om, zoodra de rente van een ongeval definitief vastgesteld is, aan de R.V.B. de contante waarde

van die rente te betalen. Verder moeten zij bijdragen in de administratiekosten der R.V.B.

De gelegenheid zelf het risico te dragen, wordt, als het Rijk, de Provincies en de Gemeenten met meer dan 20.000 inwoners buiten beschouwing blijven, slechts door zeer weinig werkgevers benut.

Van de mogelijkheid tot risico-overdracht op een naamlooze vennootschap of een vereeniging wordt veel meer gebruik gemaakt.

Sommige van deze instellingen werken met een vaste premie voor den risico-dragenden werkgever, andere met een omslagpremie. Bij de onderling werkende instellingen wordt de premie van jaar tot jaar opnieuw vastgesteld.

De erkende instellingen voor risico-overdracht zijn :

1. De Centrale Werkgevers Risico-Bank ;
2. De Bond van Nederlandsche Schilderspatroons ;
3. De Verzekeringsbank : „De Nieuwe Eerste Nederlandsche” ;
4. De Eerste Rotterdamsche Maatschappij van Verzekering tegen Ongevallen ;
5. N.V. „Fatum”, Ongevallen Verzekeringsmaatschappij van de Nederlanden van 1845.

D. *Erkende bedrijfsvereenigingen voor uitvoering der Land- en Tuinbouwongevallenwet 1922.* De erkende bedrijfsvereenigingen zijn de uitvoerende organen van de Land- en Tuinbouwongevallenwet 1922 naast, zooals hierboven reeds gezegd is, de R.V.B.

Zij regelen zelf de schadeloosstelling bij een ongeval en betalen deze ook, evenals de kosten van genees- en heelkundige behandeling.

De eischen, waaraan een bedrijfsvereeniging moet voldoen om erkend te worden, zijn, naast een voldoende aantal toegetreden verzekerden, deze, dat in het bestuur evenveel werkgevers als werknemers zitting hebben en dat zij zuiver onderling werkt.

In Nederland zijn de volgende bedrijfsvereenigingen werkzaam :

1. De bedrijfsvereeniging „De Waarborg” te Leeuwarden ;
2. De Boeren- en Tuinders Onderlinge te Den Haag ;
3. De Centrale Bond voor Ongevallenverzekering in het Land- en Tuinbouwbedrijf in Nederland „Het Platteland” te Den Haag ;
4. De Centrale Landbouw Onderlinge te Amsterdam ; (deze bedrijfsvereeniging is in een tiental provinciale afdeelingen en in een afdeeling zuivelfabrieken, de Zuivel Onderlinge, onderverdeeld) ;

5. De Federatie „Onderlinge Landbouw Ongevallenverzekering in de provincie Groningen” te Groningen ;
6. De Nationale Boeren Onderlinge te Amsterdam ;
7. De Onderlinge Bedrijfsvereniging „Land -en Tuinbouw-belang” te Utrecht ;
8. De Tuinbouw Onderlinge te Amsterdam.

E. *Bedrijfsverenigingen voor uitvoering van de Ziektewet.* Deze bedrijfsverenigingen zijn werkzaam ter uitvoering van de Ziektewet en werden door daartoe samenwerkende werkgevers- en werknemers-organisaties opgericht.

In totaal zijn voor de uitvoering der Ziektewet 54 Bedrijfsverenigingen werkzaam, waarvan 47 zich hebben vereenigd in de „Federatie van Bedrijfsverenigingen voor Ziekengeldverzekering.”

F. *Vereeniging Zee-Risico.* De uitvoering van de Zeeongevallenwet 1919 is vrijwel geheel in handen van de particuliere vereeniging „Zee-Risico”. De reeders kunnen zich hierbij of direct verzekeren, of indirect, door toetreding tot een der vier verzekeringsverenigingen, die met de direct aangesloten reederijen de vereeniging „Zee-Risico” vormen.

Deze vier vereenigingen zijn :

1. De Groote Vrachtvaart Onderlinge ;
2. De Haring-Visscherij Onderlinge ;
3. De Gemengde Zeevaart Onderlinge ;
4. De Vischvaart Onderlinge IJmuiden.

Tot zoover de instellingen, welker bestaan te danken is aan de invoering van de sociale-verzekeringswetten.

2. *Instellingen, die zich bezig houden met de uitvoering eener niet wettelijk verplichte verzekering.* — Dit zijn :

- A. Ziekenkassen ;
- B. Ziekenfondsen ;
- C. Instellingen, die in de verzekering tegen de kosten van ziekenhuisverpleging voorzien ;
- D. Instellingen, die de verzekering tegen de kosten van sanatoriumverpleging op zich nemen.

A. *Ziekenkassen.* Deze kan men beschouwen als een overgangsvorm tusschen de groepen 1 en 2. Werken zij aan den eenen kant

geheel uit particulier initiatief, anderzijds hebben zij toch den invloed van de sociale-verzekeringswetten ondervonden en zijn zij aan enkele wettelijke bepalingen gebonden. Zij keeren bij ziekte of ongeval een bepaald bedrag per week uit, gedurende een reglementair vastgestelde periode. Echter mogen zij aan haar leden, die reeds verzekerd zijn uit hoofde van de Ziektewet, Ongevallenwet 1921 of Land- en Tuinbouwongevallenwet 1922, niet meer betalen dan het ontbrekende gedeelte van het normale dagloon. Dit dagloon mag dus, tijdens ziekte of ongeval, nooit hoger worden dan het loon, dat in gezonde dagen door den werknemer verdiend werd.

B. *Ziekenfondsen*. Het Ziekenfonds neemt in de samenleving hier te lande een belangrijke plaats in. Volgens de officieele gegevens waren op 1 Januari 1938 per 1000 inwoners 434 aangesloten bij een ziekenfonds (15). Als men de cijfers van de provincies afzonderlijk beziet, blijkt, dat het ziekenfondswezen zich het best heeft ontwikkeld in de provincies met de grootste steden en in die met veel industrie (Overijssel). De landbouw- en veeteeltstreken blijven ver onder het gemiddelde van het Rijk.

Men onderscheidt gewoonlijk een zestal verschillende soorten ziekenfondsen en wel (14):

a. *Maatschappij-Fondsen*. Deze zijn ingesteld door de Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. Zij zijn over een belangrijk gedeelte van Nederland werkzaam. In totaal bestaan er 85 van deze fondsen met gezamenlijk 1.279.944 verzekerde personen ¹⁾.

b. *Onderling beheerde Fondsen*. Deze worden geleid door een bestuur, waarvan minstens de helft bestaat uit vertegenwoordigers der leden. In totaal zijn er 210 van zulke fondsen, met gezamenlijk 1.004.634 aangesloten personen.

c. *Directie-Fondsen*. Deze fondsen zijn eigendom van een maatschappij of naamlooze vennootschap, beide geen industriele of verkeersonderneming, of van een persoon, die geen medicus is. Dikwijls zijn deze fondsen verbonden aan levensverzekeringsmaatschappijen.

Er bestaan in ons land 51 Directie-Fondsen met in totaal 620.327 aangesloten personen.

¹⁾ Alle cijfers betreffende de ziekenfondsen hebben, voorzoover niet anders vermeld, betrekking op den stand op 1 Januari 1938 (15).

d. Ondernemingsfondsen. Hieronder verstaat men fondsen, waartoe uitsluitend de arbeiders van een bepaalde industriele of verkeersonderneming toe kunnen treden. Meestal zijn de arbeiders verplicht zich bij het fonds aan te sluiten en heeft de directie medezeggenschap in het bestuur. Soms zijn het onderling beheerde fondsen, die echter slechts toegankelijk zijn voor arbeiders van een bepaalde onderneming. Er zijn 62 Ondernemingsfondsen met tezamen 369.602 aangesloten personen.

e. Doktersfondsen. Dit zijn ziekenfondsen, die het eigendom zijn van één arts. Hiervan komen er in Nederland 207 voor met bijeengeteld 150.532 aangesloten personen.

f. Overige Fondsen. Dit zijn fondsen, welke niet onder een van de vorige soorten gebracht kunnen worden. Meestal zijn zij het eigendom van twee of meer artsen en een of meer apothekers. Hiervan bezit ons land er 17, met totaal 322.061 aangesloten personen.

Indien men alle fondsen samentelt, blijkt, dat er in ons land 632 ziekenfondsen werkzaam zijn, met gezamenlijk 3.747.100 aangesloten personen.

C. Instellingen, die in de verzekering tegen de kosten van ziekenhuisverpleging voorzien. Het is niet mogelijk van den omvang dezer instellingen even gedetailleerde cijfers te geven als van den omvang der ziekenfondsen, omdat een statistiek ontbreekt.

De verzekering tegen de kosten van ziekenhuisverpleging kan op verschillende wijze plaats vinden. Men onderscheidt gemeenlijk een zestal vormen. Toch is het juister om van zeven verschillende vormen te spreken, alhoewel de toegevoegde vorm in zekeren zin een combinatie van twee andere is. Beknopt worden deze 7 vormen in hetgeen volgt geschetst.

a. Plaatselijk of gewestelijk werkende, onderlinge vereenigingen voor ziekenhuisverpleging. Deze vereenigingen werken zuiver onderling en zijn opgericht met het doel elkanders lasten te dragen. Zij verleenen, dikwijls tegen een betrekkelijk lage contributie, die of van te voren is vastgesteld, of bepaald wordt naar de uitgaven, en dan dikwijls van jaar tot jaar verandert, den grootst mogelijken steun aan haar leden, wanneer zij in een ziekenhuis opgenomen moeten worden.

De meeste van deze vereenigingen zijn aangesloten bij een van de vier groote organisaties in ons land, nl. :

1. De Federatie van Vereenigingen voor Ziekenhuisverpleging in Nederland,
2. De Federatie van Vereenigingen voor Ziekenhuisverpleging in de provincie Friesland ;
3. De Bond van Vereenigingen voor Ziekenhuisverpleging in de provincie Groningen ;
4. De Bond van Vereenigingen voor Ziekenhuisverpleging in de provincie Drenthe.

b. Ziekenhuisverplegingsvereenigingen, verbonden aan ziekenfondsen. Deze instellingen zijn veel later dan de vorige ontstaan. Slechts de leden van de betrokken ziekenfondsen kunnen toetreden. Soms kunnen zij zich vrijwillig aansluiten, soms zijn zij echter verplicht tot deze ziekenhuisverplegingsfondsen toe te treden. Door de combinatie van ziekenfonds en ziekenhuisverplegingsvereeniging kan de contributie in sommige gevallen lager gesteld worden dan bij de onder a genoemde vereenigingen, aangezien de klinisch-specialistische hulp door het ziekenfonds en niet door de daaraan verbonden vereeniging voor ziekenhuisverpleging betaald wordt. Echter behooren de financiën van ziekenfonds en ziekenhuisverplegingsvereeniging uit den aard der zaak gescheiden te blijven.

c. Verzekeringsmaatschappijen, die uit commercieel oogpunt de verzekering tegen de kosten van ziekenhuisverpleging ter hand genomen hebben. Zeer veel verzekeringsmaatschappijen hebben zich op deze branche geworpen, met meer of minder succes. Men kan zich bij deze maatschappijen op verschillende wijze verzekeren, bijvoorbeeld enkel tegen de kosten van ziekenhuisverpleging, of tevens tegen de kosten van operatieve hulp, vervoer, enz. Voor elk dezer onderdeelen moet meestal een extra premie betaald worden. Vaak zijn deze maatschappijen daardoor, bij even groote uitkeeringen, duurder voor de verzekerden dan de onder a of b genoemde vereenigingen.

d. Verzekering tegen de kosten van verpleging in bepaalde ziekenhuizen, uitgaande van deze ziekenhuizen zelve. Deze vorm van verzekering tegen de kosten van ziekenhuisverpleging heeft in Nederland geen groote beteekenis. Het ziekenhuis vervult bij dezen vorm dus den rol van verzekeraar. De

contributie is uit den aard der zaak in overeenstemming gebracht met de tarieven van het ziekenhuis.

e. Ziekenhuisverzekering, verbonden aan bepaalde stands- of vakorganisaties. Ook deze is van betrekkelijk geringe beteekenis. Dikwijls is zij meer bedoeld als attractie voor het lidmaatschap van een bepaalde organisatie dan als instelling van gezondheidszorg.

f. Over het geheele land werkende onderlinge instellingen tot verzekering tegen de kosten van ziekenhuisverpleging. Totnogtoe is er slechts één instelling in Nederland die volgens dit principe werkt, nl. de Onderlinge Nationale Verzekering tegen de kosten van Ziekenhuisverpleging en Operatie, gevestigd te Utrecht en opgericht door de Nationale Federatie „Het Wit-Gele Kruis.”

Deze verzekering werkt zuiver onderling en over het geheele land.

g. Plaatselijk werkende onderlinge vereenigingen voor ziekenhuisverpleging, gecombineerd met een provinciaal werkende onderlinge vereeniging voor de kosten van klinische hulp. Deze vorm wordt in de provincie Groningen aangetroffen. De plaatselijk werkende vereenigingen waren oorspronkelijk vrijwel geheel op het Academisch Ziekenhuis ingesteld. Tengevolge van verschillende omstandigheden, zooals de sterke toeneming van het aantal patiënten, voor wie opnemng noodig bleek, waardoor het Academisch Ziekenhuis niet meer aan alle aanvragen kon voldoen, is dit de laatste jaren veranderd. Om verbetering in den toestand te brengen (de patiënten waren genoodzaakt zich ook in andere ziekenhuizen op te laten nemen, en moesten dan de kosten van de klinisch-specialistische hulp zelf betalen) is voor de leden der plaatselijke vereenigingen de mogelijkheid geopend om zich individueel aan te sluiten bij de provinciale vereeniging voor de kosten der klinische hulp. Hiervan is door zeer velen gebruik gemaakt.

In ons land zijn naar ruwe schatting ongeveer 750 instellingen werkzaam op het gebied van het ziekenhuisverzekeringswezen. Verder zijn, eveneens naar schatting, ruim drie millioen inwoners van Nederland op eenigerlei wijze tegen de kosten van ziekenhuisverpleging geheel of gedeeltelijk verzekerd. Uit deze cijfers blijkt wel, welke belangrijke beteekenis deze vorm van verzekering in ons land heeft.

D. *Instellingen, die de verzekering tegen de kosten van sanatorium-verpleging op zich nemen.* Volledigheidshalve dient ook deze vorm van geneeskundige verzekering te worden gememoreerd, al is zij tegenwoordig nog niet van groote beteekenis. Er zijn vrij veel vereenigingen voor dit doel opgericht. Zij willen haar leden in staat stellen zich te verzekeren tegen de kosten, ontstaan door opneming in een sanatorium. De vereenigingen vergoeden deze kosten gedurende een vrij langen tijd (bijvoorbeeld gedurende een jaar). Zij beperken zich uitsluitend tot de verpleging in goedgekeurde sanatoria voor tuberculose.

Na dit overzicht van de instellingen van geneeskundige verzekering in Nederland, volgt een meer uitvoerige bespreking van soortgelijke instellingen in de provincie Friesland.

HOOFDSTUK III

OVERZICHT VAN DE INSTELLINGEN VOOR GENEESKUNDIGE VERZEKERING IN FRIESLAND

1. **Verplichte geneeskundige verzekering.** — Naast de nationale organisaties vindt men in Friesland nog twee instellingen, werkende op het terrein van de bij de wet geregelde geneeskundige verzekering, die haar arbeidsveld alleen over de provincie Friesland uitstrekken.

Beide zijn uitvoerende organen van de Land- en Tuinbouw-ongevallenwet 1922 en beide behooren tot de erkende bedrijfsverenigingen.

Het zijn :

- A. De Onderlinge Bedrijfsvereniging „De Waarborg” te Leeuwarden ;
- B. De Friesche Landbouw Onderlinge te Leeuwarden.

A. *De Onderlinge Bedrijfsvereniging „De Waarborg”*. Deze bedrijfsvereniging verzekert haar leden krachtens de Land- en Tuinbouwongevallenwet 1922 en geeft hun bovendien de gelegenheid om zich te verzekeren volgens de bepalingen der Ziektewet (welke wet zij gezamenlijk met andere organisaties uitvoert) tegen wettelijke aansprakelijkheid en tegen het risico volgens artikel 1638ij van het Burgerlijk Wetboek (verzekering van inwonend personeel tegen loonderving en de kosten van geneeskundige behandeling bij ziekte). Daarnaast stelt zij voor haar leden de mogelijkheid open om zichzelf en hun gezin vrijwillig te verzekeren tegen de kosten van geneeskundige behandeling en loonderving bij ongeval en tegen loonderving bij ziekte.

B. *De Friesche Landbouw Onderlinge*. Deze bedrijfsvereniging is op hetzelfde terrein werkzaam als de onder A genoemde en kent ook de onder A genoemde vrijwillige verzekering.

De Friesche Landbouw Onderlinge is een afdeeling, die rechtspersoonlijkheid bezit, van de Centrale Landbouw Onderlinge (zie hoofdstuk II, blz. 16). De verhouding tusschen de Friesche en de Centrale Landbouw Onderlinge is als volgt geregeld. De aan de verzekerden te vergoeden kosten tengevolge van ziekte of ongeval, alsmede de kosten van de geneeskundige behandeling tot f 100,—, worden, indien de behandeling korter duurt dan zes weken, geheel gedragen door de Friesche Landbouw Onderlinge. Indien de behandeling of de verplichting tot uitkeering langer dan zes weken duurt, worden de daardoor veroorzaakte kosten door de Centrale Landbouw Onderlinge vergoed.

2. Vrijwillige geneeskundige verzekering. — Inzake de vrijwillige geneeskundige verzekering kan men in Friesland een drietal instellingen onderscheiden en wel :

A. de ziekenkassen ;

B. de ziekenfondsen ;

C. de verenigingen en maatschappijen voor ziekenhuisverpleging.

A. *De ziekenkassen.* Zooals reeds op andere plaatsen (blz. 8 en 17) uiteengezet is, hebben de ziekenkassen tengevolge van de invoering van de Ziektewet een groot gedeelte van haar beteekenis ingeboet.

Thans zijn er in Friesland nog een 60 à 70 ziekenkassen in werking, waarvan de meeste met een gering ledenaantal.

Tot 1937 bestond de Provinciale Bond van Ziekenkassen in Friesland. Hierbij waren in 1926 aangesloten 37 ziekenkassen met gezamenlijk 5075 leden. In 1935 omvatte de Bond nog slechts 9 kassen met in totaal 1312 leden. Hoezeer de beteekenis van deze instellingen gedaald is, blijkt duidelijk uit de cijfers, welke op de contributies betrekking hebben.

In 1929, dus kort voor de invoering van de Ziektewet, waren er bij den genoemden Bond aangesloten 28 ziekenkassen met een totaal aan ontvangsten contributies van f 34.101,10.

In 1930, dus na de invoering der Ziektewet op 1 Maart 1930, waren de cijfers : 23 kassen met f 25.590,86 aan contributies.

In 1935, het jaar, waarin voor het laatst een jaarverslag opgemaakt werd, waren er nog slechts 9 ziekenkassen aangesloten met in totaal f 8.217,66 aan contributies.

De Bond is opgeheven, omdat hij feitelijk geen reden van bestaan

meer had. De verminderde belangrijkheid van de ziekenkassen moet zeer zeker aan de invoering van de Ziektewet geweten worden. Slechts voor hen, die door hun werk onder geen enkele sociale-verzekeringswet vallen, hebben zij nog waarde. Het blijkt namelijk in de praktijk, dat slechts zeer weinigen zich bij de ziekenkassen aansluiten om zich voor aanvulling van het loon, dat hun volgens de Ziektewet uitgekeerd wordt, te verzekeren. Echter blijkt ook de eerst genoemde categorie van personen betrekkelijk klein te zijn, zoodat ook tegenwoordig nog nu en dan een der bestaande ziekenkassen opgeheven wordt. Het is derhalve te voorzien, dat deze instellingen op den duur geheel verdwijnen zullen.

B. *De ziekenfondsen.* De ziekenfondsen hebben in Friesland niet die beteekenis, welke zij in andere deelen van ons land bezitten. Was het gemiddelde der bij de ziekenfondsen aangesloten zielen in Nederland op 1 Januari 1938 434 per 1000 inwoners, voor Friesland bedroeg dit slechts 136 per 1000 (15).

Van de zes vormen, volgens welke men de ziekenfondsen indeelt, kent men in deze provincie slechts vier, nl. :

- a. Maatschappij-Fondsen ;
- b. Onderling beheerde fondsen ;
- c. Ondernemingsfondsen ;
- d. Doktersfondsen.

a. *Maatschappij-Fondsen.* Deze zijn (theoretisch) werkzaam over geheel Friesland. Drie zijn in deze provincie gevestigd, terwijl het vierde, dat slechts een zeer gering deel van Friesland bestrijkt, nl. de plaats Surhuisterveen en omgeving, zijn zetel in de provincie Groningen heeft. In totaal omvatten deze fondsen op 1 Januari 1938 17.417 zielen. De drie in Friesland gevestigde Maatschappij-Fondsen zijn de navolgende :

1. *Maatschappij-Ziekenfonds „Heerenveen en Omstreken”.* Dit is werkzaam ongeveer ten Zuiden en Oosten van de lijn Lemmer, Joure, Drachten naar de grens van Friesland en Drenthe (zie kaartje tegenover bladz. 120).

Het geeft aan zijn verzekerden naast de gewone huisartsen-, pharmaceutische, poliklinisch-specialistische hulp, enz., óók de klinisch-specialistische hulp, zulks in tegenstelling met de beide andere Maatschappij-Fondsen, die de laatste niet vergoeden.

2. *Maatschappij-Ziekenfonds „Frieslands Zuidwesthoek”.* Dit fonds is werkzaam ongeveer ten Zuiden en Westen van de lijn Lemmer,

Joure, Rauwerd, Wommels, Harlingen (deze plaats zelf niet meegerekend).

Het verstrekt de huisartsen-, pharmaceutische, poliklinisch-specialistische hulp, alsmede brillen, breukbanden, enz.

3. *Maatschappij-Ziekenfonds „Friesland-Noord”*. Dit omvat de rest van Friesland (uitgezonderd Surhuisterveen). Echter is het juister om te zeggen, dat dit fonds de rest van Friesland bedoelt te omvatten. Practisch werkt het vrijwel alleen in de steden Harlingen en Franeker.

De hulp, welke dit fonds aan zijn leden verleent, is dezelfde als die van het Maatschappij-Ziekenfonds „Frieslands Zuidwesthoek.”

b. *Onderling beheerde fondsen*. Hiervan treft men in Friesland een twintigtal aan, waarvan de meeste een betrekkelijk geringen omvang hebben. Alle vergoeden de huisartsen- en pharmaceutische hulp; sommige ook de poliklinisch-specialistische hulp en brillen en breukbanden, terwijl er slechts drie zijn, die ook nog in de klinisch-specialistische hulp voorzien. Van deze drie zijn er twee gevestigd in Leeuwarden en één in Heerenveen.

Op 1 Januari 1938 waren bij de onderling beheerde fondsen in Friesland aangesloten 32.613 zielen. Ongeveer de helft van dit aantal was lid van het Leeuwarder ziekenfonds „Eendracht maakt Macht”.

Men kan bij deze soort fondsen, wat Friesland aangaat, drie vormen onderscheiden:

1. de vergoeding aan arts en apotheker wordt berekend per ziel per jaar;
2. de vergoeding aan arts en apotheker geschiedt per verrichting, resp. per afgeleverd recept;
3. de arts bepaalt zelf zijn honorarium.

Ad. 1. Verreweg de meeste onderling beheerde ziekenfondsen betalen den arts en apotheker per ziel per jaar. Daarnaast krijgt de apotheker dan nog de geleverde medicijnen tegen inkoopsprijs vergoed. Dit stelsel heeft allerwegen ingang gevonden en geldt voor het beste. Toch zijn hieraan bezwaren verbonden, welke reeds in hoofdstuk I besproken zijn.

Ad. 2. Slechts één fonds in Friesland betaalt den arts per verrichting en den apotheker per afgeleverd recept. Dit systeem blijkt echter in de praktijk niet te voldoen, zoodat men reeds bezig is om het door het onder 1 genoemde te vervangen.

Ad. 3. Deze vorm verdient een iets uitgebreider bespreking, omdat hij een stelsel vertegenwoordigt, dat onder zekere omstandigheden bepaalde voordeelen boven de beide andere aanbiedt, en omdat dit stelsel niet de algemeene bekendheid heeft, welke het toch zeker verdient.

Er zijn in de provincie Friesland twee ziekenfondsen, welke volgens dit systeem werken, beide met gunstige resultaten.

De bij het fonds aangesloten personen verzekeren zich door betaling van een vaste contributie tegen de kosten van huisartsen- en pharmaceutische hulp. Al de ingekomen contributies worden in een kas gestort, waaruit jaarlijks de uitkeeringen gedaan worden. De deelnemers zenden in Januari de nota's, welke zij van hun huisarts ontvangen hebben, naar den penningmeester van het fonds. Het bestuur bepaalt vervolgens de verhouding tusschen het totale bedrag der nota's en dat der contributies en berekent daaruit het percentage, dat van de nota's aan de deelnemers terugbetaald kan worden. (Verloskundige hulp wordt niet vergoed).

Blijkt het totale bedrag der nota's hooger te zijn dan dat der betaalde contributies, dan moet elk der deelnemers een gedeelte van de nota zelf betalen. Blijkt echter, dat de ontvangst aan contributies hooger is dan de totale vordering der nota's, dan krijgt ieder het volle bedrag van zijn nota uit het fonds uitbetaald. De voordeelen zijn :

1. Er is een geheel vrije artsenkeuze. De patiënt behoeft niet bij een bepaalden arts ingeschreven te staan, noch van te voren, in gezonde dagen, een beslissing te nemen, door wien hij zich, in geval van ziekte zal laten behandelen. Hij kan ten allen tijde gaan naar den geneesheer, die hem goeddunkt ; want niet de arts, doch de patiënt zendt de nota aan het fonds.

2. De arts heeft eveneens een volkomen onafhankelijke positie. Hij behoudt zijn vordering op den patiënt en kan zijn nota's schrijven in overeenstemming met de door hem verrichte diensten. Door dit systeem zijn de artsen vrijwel zeker van hun honorarium. Het is bijkans onnoodig te vermelden, dat ook deze fondsen een welstandsgrens kennen. Indien zulks niet het geval was, zouden ook beter gesitueerden lid kunnen worden, waardoor deze op kosten van de minvermogenden behandeld zouden worden, omdat de arts bij de eersten een hooger tarief in rekening zal brengen dan bij de laatsten.

3. Een belangrijk voordeel boven het gewone stelsel van zieken-

fondsen is wel dit, dat de leden, algemeen genomen, minder spoedig geneeskundige hulp in zullen roepen, dan in den regel bij de gewone ziekenfondsen het geval is. Immers, indien men al te snel of al te vaak den arts laat komen, zal dit tengevolge kunnen hebben, dat het totale bedrag der nota's hooger wordt dan dat der gestorte contributies, waardoor men zelf een gedeelte van zijn eigen nota zal moeten betalen.

Als bezwaar kan aangevoerd worden, dat het niet vast staat, dat men volledig tegen de kosten van geneeskundige hulp verzekerd is. De kans toch blijft bestaan, dat men zelf boven de contributie nog iets moet betalen. In de praktijk blijkt dit bezwaar wel zeer gering te zijn. In de meeste gevallen hebben deze fondsen 100 % der nota's betaald ; een enkel jaar werd 90 % of iets minder uitgekeerd.

In een betrekkelijk kleine dorpsgemeenschap kan een dergelijk fonds uitnemend werken, omdat alle menschen daar elkander kennen en dus op elkander „toezicht” uit gaan oefenen. De onderlinge, dikwijls heilzame critiek zal dus het genoemde bezwaar goeddeels kunnen opheffen, omdat de geneeskundige hulp niet eerder ingeroepen wordt dan noodig is.

Voor kleinere dorpsgemeenschappen nadert dit systeem vrijwel het ideaal.

c. *Ondernemingsfondsen.* Men kent in Friesland slechts één ondernemingsfonds en wel het Zieken- en Ondersteuningsfonds voor het personeel der Nederlandsche Tramweg-Maatschappij, gevestigd te Heerenveen, met op 1 Januari 1936 1.620 aangesloten personen.

d. *Doktersfondsen.* Volgens de officieele opgave zijn er in deze provincie slechts 9 doktersfondsen, met in totaal ongeveer 2700 zielen.

C. De vereenigingen en maatschappijen voor ziekenhuisverpleging. Aangezien dit proefschrift voornamelijk de verzekering tegen de kosten van ziekenhuisverpleging zal behandelen, is het noodig noch wenschelijk in dit overzicht op deze instellingen diep in te gaan. In hetgeen volgt bestaat daartoe nog gelegenheid te over. Er worde hier volstaan met de mededeeling, dat er ruim 80 onderling werkende vereenigingen voor ziekenhuisverpleging in Friesland zijn en dat het getal der aangesloten personen op belangrijk boven de 500 per 1000 zielen, die Friesland bewonen, geschat moet worden.

Juiste cijfers zijn daaromtrent niet te verkrijgen, daar niet bekend is, hoe groot het aantal personen is, dat zich bij de verschillende verzekeringsmaatschappijen, welke ook dezen vorm van verzekering ter hand genomen hebben, verzekerd heeft, en omdat bij de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging het aantal „zielen” niet bekend is. Bij deze vereenigingen kent men namelijk slechts het aantal gezinshoofden en dat van de personen boven de 18 jaar.

Alvorens tot het hoofdonderwerp van dit proefschrift over te gaan, is het noodzakelijk uiteen te zetten, welke de redenen waren, op grond waarvan de verzekering voor ziekenhuisverpleging naar voren gebracht is, en waarom juist de provincie Friesland in het middelpunt geplaatst is. Verder dient vermeld te worden op welke wijze het materiaal voor deze studie verzameld is.

De verzekering voor ziekenhuisverpleging, welke in een vijftien- tot twintigtal jaren een groote plaats in het geheele volksleven is gaan innemen, staat tegenwoordig in het middelpunt der belangstelling, zoowel van de overheid als van de verschillende organisaties op het gebied der geneeskundige verzekering. Dit komt eenerzijds, doordat men is gaan inzien, ook van overheidswege, welk een belangrijke functie zij op het terrein der volksgezondheid inneemt, en dat zij onmogelijk meer gemist kan worden, anderzijds, omdat deze vorm van geneeskundige verzekering tegenwoordig met vele moeilijkheden en problemen te kampen heeft, met welke haar bestaan en bestaansmogelijkheden ten nauwste samenhangen.

Het is dan ook niet van belang ontbloomt, om een diepgaande studie van de moeilijkheden en mogelijkheden van dezen vorm van verzekering te maken. Tot nog toe bestaat er geen enkele verhandeling, waarin dit geschied is, alhoewel er uit den aard der zaak wel verspreide publicaties en geschriften worden gevonden, die enkele kanten van dit onderdeel der geneeskundige verzekering belichten. Het aanvullen van een leemte is dan ook de reden geweest, waarom met name de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging als hoofdobject van studie gekozen werden.

Dat juist Friesland in het middelpunt gesteld is, heeft verschillende oorzaken.

In de eerste plaats is de organisatie van de onderling werkende vereenigingen voor ziekenhuisverpleging speciaal in Friesland zeer goed te noemen, ook al is zij van gebreken niet ontbloomt. Ondanks

enkele onvolkomenheden kunnen de Friesche vereenigingen echter in vele opzichten voor andere organisaties, die op hetzelfde terrein werken, als voorbeeld dienen.

Een tweede reden om in het bijzonder Friesland naar voren te brengen, is deze, dat de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging in deze provincie zich voor het meerendeel anders ontwikkeld hebben, en ook anders hebben moeten ontwikkelen, dan in andere streken van ons land. Het overgrootste deel van deze provincie toch is aangewezen op de ziekenhuizen in Leeuwarden, Heerenveen en Sneek, waar naast de kosten van verpleging ook de klinisch-specialistische hulp betaald moet worden.

In andere streken van ons land is men daarentegen ingesteld op ziekenhuizen, waar de kosten voor klinisch-specialistische hulp in den verpleegprijs verrekend zijn. Daar heeft men dus niet de behoefte om vereenigingen op te richten, welke óók de klinisch-specialistische hulp betalen. Het is voldoende zich te verzekeren tegen de kosten van de verpleging alleen.

Het is begrijpelijk, dat in Friesland de meeste vereenigingen voor ziekenhuisverpleging ook de klinisch-specialistische hulp vergoeden, wat in andere deelen van Nederland lang niet zoo veelvuldig het geval is. Dat de vooral in Friesland toegepaste vorm van verzekering tegen de kosten van ziekenhuisverpleging zijn eigen problemen meebrengt, zal uit het vervolg duidelijk worden.

Tenslotte zijn er ook nog enkele andere factoren, welke hun invloed op de keuze van het onderwerp hebben doen gelden en wel deze, dat de schrijver, door de uitoefening van zijn praktijk in een typisch Friesche plattelandsgemeente en door speciale studie, bredere kennis van de toestanden in deze provincie verkregen heeft en voorts van het Secretariaat van de Federatie van Vereenigingen voor Ziekenhuisverpleging in de provincie Friesland in zijn woonplaats gevestigd is.

Hoewel om de hierboven genoemde redenen de provincie Friesland een voorname plaats in dit proefschrift inneemt, beteekent dit toch geen eenzijdigheid, omdat vele van de problemen, welke behandeld zullen worden, niet enkel voor Friesland beteekenis hebben, doch ook voor andere gedeelten van ons land, alwaar zij eveneens, zij het ook in eenigszins anderen vorm, te berde gebracht worden.

Het materiaal voor deze studie werd op verschillende wijzen verkregen.

Begonnen werd met aan de burgemeesters van de verschillende Friesche gemeenten een schrijven te richten, met het verzoek op te geven, welke ziekenkassen, ziekenfondsen en vereenigingen voor ziekenhuisverpleging in hun gemeente werkzaam waren. Deze opgave werd door alle burgemeesters op de meest welwillende wijze verstrekt.

Daarna werd aan de genoemde organisaties gevraagd een reglement te verstrekken of een aantal vragen, welke voor het beoogde doel van belang waren, te beantwoorden. Ook deze enquête had een zeer bevredigend resultaat. Met name werd van bijna alle vereenigingen voor ziekenhuisverpleging de volle medewerking onderhouden. Verder is nog inzage verzocht, en dikwijls verkregen, van de patiëntenregisters van de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging, ten einde de risicofactor in verband met leeftijd en geslacht, en de verdeeling van de opgenomen patiënten over de verschillende specialismen te bepalen. De gegevens omtrent leeftijd, geslacht, ziekenhuizen, specialismen en duur van de opneming werden op een kaartstelsel verzameld, dat ongeveer 9000 kaarten omvat.

Daarnaast werd een gedeelte van het materiaal gezocht en vaak gevonden in brochures, boeken en tijdschriften, waarvan de titels achter in het literatuuroverzicht opgenomen zijn, als ook door het raadplegen van archieven. Tenslotte hebben vele persoonlijke besprekingen met verschillende vooraanstaande personen op het terrein der ziekenhuisverpleging waardevolle gegevens verschaft.

HOOFDSTUK IV

DE ONTWIKKELING VAN DE VEREENIGINGEN VOOR ZIEKENHUISVERPLEGING IN FRIESLAND

In 1924 werd in Bergum, gemeente Tietjerksteradeel, de eerste Friesche vereeniging voor ziekenhuisverpleging opgericht. Deze droeg den naam : Vereeniging voor Ziekenhuisverpleging „Onderlinge Hulp” in de Gemeente Tietjerksteradeel. Het initiatief werd genomen door het bestuur van het aldaar werkzame ziekenfonds ; de nieuwe vereeniging was echter geheel onafhankelijk van dit fonds. Haar onafhankelijk bestaan kwam reeds terstond tot uiting, want er werd een bestuur van andere samenstelling dan dat van het ziekenfonds gekozen en iedereen kon als lid toetreden.

Dat de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging destijds in een dringende behoefte voorzagen, kan afgeleid worden uit het feit, dat in minder dan twee jaar over geheel Friesland zulke vereenigingen waren opgericht en zich dadelijk in een belangrijk aantal leden verheugen mochten.

Enkele van deze vereenigingen werkten plaatselijk, de meeste echter gemeentelijk. Het initiatief tot oprichting werd in sommige plaatsen genomen door eenvoudige lieden, in andere door de notabele ingezetenen. Men kan zonder overdrijving zeggen, dat alle lagen van de bevolking er deel aan hebben genomen, zonder onderscheid van politieke of godsdienstige gezindheid.

Reeds in 1926 kwam de Federatie van Vereenigingen voor Ziekenhuisverpleging in Friesland tot stand. Het is niet meer na te gaan, hoeveel vereenigingen zich in dat jaar daarbij aangesloten hebben.

De statistiek van deze Federatie begint n.l. eerst op 1 Januari 1929. Dat toen de ontwikkeling reeds bijna voltooid was en dat toen reeds naar schatting bijna evenveel personen lid van deze ver-

eenigingen waren als tegenwoordig, is af te leiden uit de cijfers, welke op het ledenaantal betrekking hebben.

Bij de Federatie waren aangesloten op :

1 Januari 1929	43	vereenigingen met	43724 leden
1 „ 1930	49	„ „	49633 „
1 „ 1931	55	„ „	58237 „
1 „ 1932	58	„ „	58464 „
1 „ 1933	60	„ „	61948 „
1 „ 1934	60	„ „	63546 „
1 „ 1935	60	„ „	68431 „
1 „ 1936	60	„ „	68017 „
1 „ 1937	60	„ „	67730 „
1 „ 1938	60	„ „	67903 „

Deze cijfers behoeven eenige toelichting. Men zou geneigd zijn te veronderstellen, dat het aantal vereenigingen voor ziekenhuisverpleging zich eerst na 1933 niet meer vermeerderde. Toch zou deze opvatting onjuist zijn, omdat niet alle vereenigingen zich direct bij de Federatie aangesloten hebben. Men kan veilig aannemen, dat het aantal vereenigingen en het totale aantal leden in 1929 niet veel kleiner was dan thans. Verder volgt uit de gegeven cijfers, dat het aantal leden van de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging in deze tien jaren niet veel is toegenomen. Was het gemiddelde aantal leden in de eerste zes jaren ongeveer 1000 per vereeniging, thans is het ruim 1100 ; een toeneming dus van ongeveer 10 %. (Onder leden worden begrepen de gezinshoofden en de personen boven 18 jaar). Een en ander bewijst, hoe groot, slechts enkele jaren na de oprichting, de beteekenis van deze vereenigingen reeds was.

Van een *geleidelijke* ontwikkeling kan derhalve niet gesproken worden. Zelfs is het moeilijk om van ontwikkeling te spreken. De organisatie van de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging is toch in de jaren van haar bestaan in groote trekken dezelfde gebleven. Wel zijn er kleine wijzigingen in de reglementen aangebracht, doch deze hadden op de werkwijze nauwelijks eenigen invloed. Op een van deze wijzigingen moet nochtans de aandacht gevestigd worden. Veel vereenigingen voor ziekenhuisverpleging hebben den wachttijd ¹⁾, die vroeger drie maanden bedroeg, moeten verlengen tot zes

¹⁾ Wil iemand recht hebben op vergoeding bij opneming in een ziekenhuis, dan moet hij een bepaalden tijd, welke in de reglementen als minimum vastgelegd is, lid van de vereeniging voor ziekenhuisverpleging zijn. Dezen tijd noemt men den wachttijd.

maanden, sommige zelfs tot een jaar. De wachttijd is ingesteld, omdat men wilde voorkomen, dat iemand eerst lid van een vereeniging voor ziekenhuisverpleging werd, wanneer hij in een ziekenhuis opgenomen moest worden. Verlenging van den wachttijd bleek voorts onvermijdelijk te zijn, omdat het meermalen voorkwam, dat er personen waren, die lid van een vereeniging voor ziekenhuisverpleging werden, als het hun duidelijk werd, dat zij een afwijking hadden, die over eenigen tijd opneming in een ziekenhuis noodzakelijk kon maken. Enkeligen gingen zelfs zóó ver, dat zij, zoodra zij uit het ziekenhuis ontslagen waren, weer als lid bedankten! Om dit te voorkomen was men wel gedwongen den wachttijd belangrijk te verlengen.

Helaas is de neiging tot afsplitsing ook in sommige vereenigingen voor ziekenhuisverpleging tot uiting gekomen. Het is n.l. herhaaldelijk voorgekomen, dat als uit een dorp, aangesloten bij een gemeentelijke vereeniging, gedurende enkele jaren weinig patiënten in een ziekenhuis opgenomen waren, men economischer meende te kunnen werken dan de groote organisatie en daarom zelf een vereeniging voor ziekenhuisverpleging ging oprichten. Zoo zijn er in de laatste jaren ettelijke kleine vereenigingen voor ziekenhuisverpleging opgericht. Deze staan buiten het federatief verband en kunnen daarin ook niet opgenomen worden, waardoor zij de voordeelen der samenwerking niet deelachtig kunnen worden.

Een eigenlijke ontwikkeling is ook bij de Federatie der Vereenigingen voor Ziekenhuisverpleging niet waargenomen, zoodat hierover niet veel kan worden medegedeeld. Over de organisatie en beteekenis van deze Federatie zal in een volgend hoofdstuk een en ander gezegd worden.

HOOFDSTUK V

DE TAAK VAN DE VEREENIGINGEN VOOR ZIEKENHUISVERPLEGING ALGEMEEN BESCHOUWD

In dit hoofdstuk zal de taak van de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging behandeld worden. Dit vereischt een bespreking eenerzijds van de beginselen, volgens welke het werk der vereenigingen voor ziekenhuisverpleging geleid dient te worden, anderzijds van de verhouding tot andere organisaties op het gebied der geneeskundige verzekering.

1. De taak van de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging op zichzelf beschouwd. — De beginselen, volgens welke het werk der vereenigingen voor ziekenhuisverpleging geleid moet worden, zijn de volgende :

- A. Voor iederen toegankelijk ;
- B. Vrije ziekenhuiskeuze ;
- C. Vrije artsenkeuze ;
- D. Geen welstandgrensbepaling ;
- E. Zoo volledig mogelijke verzekering.

A. Voor iedereen toegankelijk. Een vereeniging voor ziekenhuisverpleging moet voor iederen gegadigde toegankelijk zijn, opdat zij werkelijk alle lagen van de bevolking kan omvatten en opdat menschen van geheel verschillende levensopvatting tot het ééne doel kunnen samenwerken. Dit is voor een goede werking noodzakelijk. Hoe grooter het aantal leden van een vereeniging, hoe grooter het draagvlak, en hoe billijker en evenrediger het risico verdeeld wordt. Een vereeniging voor ziekenhuisverpleging kan, wil zij, door een groot ledenaantal, goed aan haar doel beantwoorden, niet het stempel van een politieke of kerkelijke partij dragen. Indien zij zich niet aan dit beginsel houdt, zullen er steeds men-

schen zijn, die op grond van hun overtuiging zich bij haar niet kunnen aansluiten. Haar karakter moet algemeen zijn. Hieruit volgt onmiddellijk, dat zij de levensopvatting van elk harer leden eerbiedigen moet.

B. *Vrije ziekenhuiskeuze*. Dit beginsel hangt ten nauwste met het vorige samen. Omdat een vereeniging voor ziekenhuisverpleging voor iedereen toegankelijk moet zijn, dient zij een geheel vrije ziekenhuiskeuze te waarborgen. Het is niet voldoende, dat zij aan haar leden opneming in een neutrale inrichting garandeert. Immers voor sommigen kan in het ontbreken van godsdienstige ceremoniën (bijvoorbeeld bijbellezing en gebed) een kwetsing van de heiligste gevoelens gelegen zijn. Daarbij komt nog, dat de sfeer in een neutrale inrichting anders is dan in een confessioneele. De eisch, dat een patiënt opgenomen wordt in een ziekenhuis, waar de sfeer zooveel mogelijk met zijn huiselijke overeenkomt, dient als zeer billijk aangemerkt te worden.

Ook om redenen van geheel anderen aard is het noodig, dat een vrije ziekenhuiskeuze gewaarborgd is. Zoo is het mogelijk, dat een patiënt (of diens behandelende geneesheer) op zuiver medische gronden de voorkeur aan een bepaald ziekenhuis geeft. Men denke b.v. aan een lijder aan tumor cerebri, die nog slechts in een gering aantal ziekenhuizen geopereerd kan worden. Ook komt het voor, dat een patiënt om zuiver particuliere redenen aan een zeker ziekenhuis de voorkeur geeft. Zulk een reden kan bijvoorbeeld gelegen zijn in het feit, dat hij niet ver van zijn naaste verwanten verwijderd wenscht te zijn. In al dergelijke gevallen moet de patiënt van een geheel vrije ziekenhuiskeuze verzekerd zijn.

C. *Vrije artsenskeuze*. De vrije artsenskeuze wordt beschouwd als een van de belangrijkste voorwaarden voor een goede geneeskundige behandeling. En terecht! Want indien een patiënt niet het volle vertrouwen in zijn dokter heeft, zal de behandeling niet volkomen tot haar recht kunnen komen. Dit geldt voor de behandeling door den huisarts, maar evenzeer voor die door den specialist. Reeds enkel op dezen grond is het voor de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging een eisch, dat zij haar leden in de gelegenheid stellen den specialist uit te kiezen, die hun goeddunkt.

Verder is de vrije artsenskeuze ook ten nauwste verbonden met de vrije ziekenhuiskeuze. Indien een patiënt, om welke reden dan

ook, uitsluitend op een gesloten ziekenhuis aangewezen is ¹⁾), dan is van vrije artskenkeuze geen sprake.

D. *Geen welstandsgrensbepaling.* Voor een vereeniging voor ziekenhuisverpleging behoort geen welstandsgrens te worden bepaald. Dit principe wordt echter geenszins algemeen aanvaard. Er zijn toch verscheidenen, die meenen, dat een welstandsgrens ook voor de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging noodzakelijk is, omdat men anders gevaar loopt, dat een beter gesitueerde behandeld wordt op kosten van minvermogenenden. Inderdaad kan dit het geval zijn, als er voor een behandeling van een goed gesitueerd lid van een vereeniging voor ziekenhuisverpleging een bedrag wordt gedeclareerd, dat berekend is naar den welstand van den patiënt. Dit bedrag zal dan hooger zijn, dan het voor een minvermogenend lid berekende.

Indien het gedeclareerde bedrag ligt beneden de maximum uit te keeren vergoeding voor klinisch-specialistische hulp, is het mogelijk, dat de vereeniging iets meer betaalt dan voor het gros harer leden, waardoor het hiergenoemde bezwaar inderdaad aanwezig is ²⁾). In de praktijk blijkt echter dit bezwaar volkomen theoretisch te zijn.

Bij de bespreking van de vraag of de invoering van een welstandsgrens voor een vereeniging voor ziekenhuisverpleging noodig is, mag men niet uit het oog verliezen, dat de tarieven in een ziekenhuis niet naar den welstand van den patiënt bepaald worden. Het staat iemand volkomen vrij zelf te bepalen in welke klasse hij verpleegd wenschte te worden.

De specialisten hebben uit den aard der zaak echter wel rekening met den welstand van den patiënt te houden. Het is dan ook door de Leeuwarder specialisten goed gezien, dat zij met de ver-

¹⁾ Dit is een ziekenhuis, waar de behandeling slechts door een aantal vanwege het ziekenhuis aangestelde artsen geschiedt.

²⁾ Zoo zal een chirurg bijvoorbeeld voor een appendectomie bij een minvermogene f 40,— en bij een beter gesitueerde f 75,— in rekening brengen. Indien de vereeniging voor ziekenhuisverpleging een maximum bedrag van f 50,— voor dokterskosten aan haar leden vergoedt, zal zij voor een dergelijke operatie van een beter gesitueerde f 10,— meer betalen dan voor dezelfde van een minvermogene.

Aangezien de leden van een vereeniging voor ziekenhuisverpleging voor het overgrootste deel behooren tot de minder gegoeden, komt in zoo'n geval ook het grootste gedeelte der hoogere kosten ten laste van deze leden.

eenigingen voor ziekenhuisverpleging overeengekomen zijn, om de nota steeds aan den patiënt zelf te zenden. Verder hebben deze artsen toegezegd, dat het honorarium voor de behandeling van on- en minvermogenden zoo mogelijk niet hooger zal zijn dan het maximum van het door de vereenigingen aan dokterskosten te vergoeden bedrag. Een en ander houdt dus in, dat de specialisten zich, en terecht, het recht voorbehouden om bij het bepalen van hun honorarium rekening te houden met den welstand van den patiënt, ook al wordt deze in de laagste klasse van het ziekenhuis verpleegd. Zoo zal het dus mogelijk kunnen zijn, dat een specialist aan een patiënt, die goed gesitueerd is, doch zich in de derde klasse van een ziekenhuis laat verplegen, een honorarium berekent, dat gewoonlijk voor, bijvoorbeeld, een tweede-klasse-patiënt geldt ¹⁾. Is zoo iemand nu lid van een vereeniging voor ziekenhuisverpleging, dan is het dus mogelijk, dat deze vereeniging te veel aan dokterskosten zal betalen. Toch mag dit niet als argument voor het instellen van een welstandsgrens worden aangevoerd, omdat gebleken is, dat voorvallen als de geschetste zeer sporadisch voorkomen.

Daarbij komt nog, dat vele van de beter gesitueerden uit sociale overwegingen lid van een vereeniging voor ziekenhuisverpleging zijn ²⁾ en door het betalen van hun contributies in de eerste plaats beoogen deze vereenigingen te steunen. Een verzekering tegen het risico van de kosten wegens opneming in een ziekenhuis is voor deze personen, strikt genomen, niet noodig. Door het ontbreken van de welstandsgrens bij de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging bereikt men dus, dat alle klassen van de bevolking er lid van kunnen worden, wat, gezien den socialen factor, die bij dezen vorm van verzekering zoo belangrijk is, een niet te onderschatten beteekenis heeft.

E. *Zoo volledig mogelijke verzekering.* Op den eersten aanblik schijnt het vanzelfsprekend, dat de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging aan haar leden zoo mogelijk alle kosten, voortvloeiende uit opneming in een ziekenhuis, vergoeden. Dit toch is principieel de bedoeling van een verzekering, nl. het volledig bezweren van een risico. Toch wordt dit standpunt niet door allen aanvaard. Velen (vooral sommige artsen, en ook bestuursleden van vereenigingen

¹⁾ Zie noot 2 op blz. 37.

²⁾ Op het platteland in Friesland vindt men, door het niet tot uiting komen van standsverschil, veelal een groote verbondenheid tusschen de bevolkingsgroepen.

voor ziekenhuisverpleging) zeggen, dat het juist bij een verzekering tegen de kosten van opneming in een ziekenhuis wenschelijk is, dat de patiënten zelf een deel van het risico dragen. Men verdedigt dit standpunt door te zeggen, dat de patiënt dan minder spoedig geneigd zal zijn om zich op te laten nemen, en dat hij, als hij eenmaal opgenomen is, bezwaar zal maken, indien hij onnoodig lang in het ziekenhuis verblijven moet. Op deze wijze zou men kunnen bereiken, dat het aantal opnemingen geringer wordt en dat ook de gemiddelde verpleegduur korter wordt. Zij, die deze meening huldigen, zien dus in de patiënten zelf de voornaamste oorzaak van de sterke vermeerdering van het aantal opnemingen in een ziekenhuis en van den langen verpleegdure. De zieken zouden gaarne in een ziekenhuis verpleegd willen worden en daarenboven zoo lang mogelijk van hun verblijf aldaar willen profiteren. Al valt het niet te ontkennen, dat een van de oorzaken voor de vermeerdering der ziekenhuisopneming zeker in den patiënt gevonden wordt, dit neemt niet weg, dat de aangegeven therapie volstrekt onjuist is te noemen.

Wat toch is het geval? De vereenigingen voor ziekenhuisverpleging zijn in de eerste plaats bedoeld voor den arbeiders- en kleinen middenstand. In het algemeen hebben personen van dezen stand geen of geringen financieelen weerstand, terwijl er ongetwijfeld velen onder hen zijn, die zelfs de bijkomende kosten niet betalen kunnen.

Daarin ligt het gevaar, dat velen, als zij in een ziekenhuis opgenomen moeten worden en niet volledig tegen de kosten verzekerd zijn, van voldoende hulp verstoken blijven, of bij het Burgerlijk Armbestuur aan moeten kloppen, met de vraag de bijkomende kosten voor hen te betalen. Sommige on- of minvermogenen zullen allicht zeggen, dat zij, als toch de gang naar den armenverzorger gemaakt moet worden, evengoed kunnen vragen om alle kosten van opneming in plaats van alleen de bijkomende kosten te betalen. Het is dan ook niet denkbeeldig, dat er sommigen zullen zijn, die tengevolge van haar onvolledigheid voor de verzekering voor ziekenhuisverpleging bedanken, wat uit den aard der zaak weer lasten op de reeds zoo zwaar belaste gemeentefinanciën zal leggen, terwijl er tevens een toestand van slapheid gekweekt wordt, die toch geenszins als onschadelijk voor de samenleving beschouwd moet worden.

Daarbij komt nog, dat een gezin, waarvan een lid in een ziekenhuis opgenomen moet worden, dikwijls extra kosten heeft te maken. Zoo zal de patiënt in het ziekenhuis opgezocht worden en zullen er versnaperingen meegebracht worden, terwijl er vaak nog andere

kosten zijn, zooals die wegens het vervangen in de huishouding van een opgenomen moeder. Ook kunnen de inkomsten gedaald zijn, bijvoorbeeld indien de vader wegens zijn ziekte niets of minder verdient.

Uit deze beschouwingen volgt, dat het een van de beginselen van de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging moet zijn, dat aan haar leden een zoo volledig mogelijke verzekering gegeven wordt.

2. De taak van de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging in verband met de werkkringen van andere organisaties. — Er zijn twee instellingen, welke in dit verband genoemd moeten worden en een afzonderlijke bespreking waard zijn, nl. :

A. de ziekenfondsen ;

B. de Kruisvereenigingen.

A. *De taak van de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging in verband met die van de ziekenfondsen.* De ziekenfondsen en de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging werken op gebieden, welke aan elkander grenzen. Het is dan ook niet te verwonderen, dat er wel eens conflicten voorgekomen zijn, zelfs zulke, die tot fellen strijd aanleiding gegeven hebben. En men kan moeilijk zeggen, dat er reeds vrede gesloten is, een vrede, waarbij de wederzijdsche grenzennaauwkeurig vastgesteld en waarvan de bepalingen door beide partijen aanvaard zijn.

Het punt, dat steeds de grootste moeilijkheden oplevert, is de kwestie van de vergoeding van de klinisch-specialistische hulp. Beide partijen eischen deze voor zich op. Hoewel ook in andere deelen van ons land strijd over de genoemde kwestie gevoerd is, kan men toch zeggen, dat zij in Friesland het felst was, omdat de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging daar in hoofdzaak zijn aangewezen op de ziekenhuizen in eigen provincie, waar, naast de kosten van verpleging, de klinisch-specialistische hulp door de patiënten zelf betaald moet worden. Het is logisch, dat de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging het recht voor zich opeischen, deze hulp aan haar verzekeren te verstrekken. Aan den anderen kant achten ook de ziekenfondsen zich gerechtigd om de klinisch-specialistische hulp aan zich te houden.

Om een helder inzicht in deze materie te verkrijgen en op grond daarvan te onderzoeken, welke partij in dezen het juiste standpunt inneemt, moet even op de geschiedenis teruggegrepen worden.

De ziekenfondsen hebben zich lange jaren niet met de verzekering tegen de kosten van opneming in een ziekenhuis bezig gehouden. Eerst in 1925, toen deze verzekering door speciaal daartoe opgerichte vereenigingen reeds eenige jaren ter hand genomen was, en toen gebleken was, welke groote beteekenis deze voor de geheele bevolking had, hebben ook de ziekenfondsen zich op het terrein der verzekering voor ziekenhuisverpleging begeven.

In hetzelfde jaar verscheen het zgn. Unificatie-rapport inzake het ziekenfondswezen, samengesteld door een commissie, ingesteld door verschillende samenwerkende organisaties (waaronder ook de vakverbonden) en de Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

In dit rapport staat onder meer :

„Door de ziekenfondsen zullen moeten worden verstrekt : Geneeskundige hulp in den meest uitgebreiden zin door huisartsen en specialisten, pharmaceutische hulp, chirurgische en conserveerende tandheelkundige hulp, verloskundige hulp door vroedvrouwen, alsmede behandeling en verpleging in ziekenhuizen, sanatoria en wijkverpleging.

Zoolang dit alles niet te verwezenlijken mocht zijn, zal in het ziekenfondswezen overeenkomstig de traditie allereerst zijn na te streven een vervolmaking van de geneeskundige verzorging door huisartsen, specialisten en apothekers, krachtens de beginselen in dit rapport vastgesteld.”

De laatste zinsnede was een logisch gevolg van het feit, dat aan vrijwel geen enkel ziekenfonds een afdeeling voor ziekenhuisverpleging verbonden was. Desalniettemin eischten de ziekenfondsen het terrein, dat met zooveel succes reeds door de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging ontgonnen was, geheel voor zich op ! De ziekenfondsen, die, gezien de tweede alinea van het citaat, zoozeer aan de traditie hechten, zagen niet in, dat ook anderen (i.c. de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging) recht op hun traditie hadden.

Indien men zich op de traditie wil beroepen — en dat is dikwijls niet onjuist — kan men zeggen, dat de historische taak der ziekenfondsen is : verstrekking van huisartsen-, pharmaceutische en poliklinisch-specialistische hulp, of, met andere woorden : de voorziening van geneeskundige hulp, in den meest uitgebreiden zin van het woord, aan thuis verpleegd wordende en aan loopende patiënten. Daaren-

tegen is de historische taak van de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging : alle kosten te vergoeden, welke voortvloeien uit de opneming, behandeling en verpleging van een patiënt in een ziekenhuis.

Door deze formuleering zijn meteen de grenzen tusschen beide organisaties scherp aangegeven.

Alhoewel er ook enkele vereenigingen voor ziekenhuisverpleging zijn, die zich niet geheel aan haar hierboven omschreven taak houden, (met name door ook poliklinisch-specialistische hulp te vergoeden) blijkt toch, dat het vooral de ziekenfondsen zijn, die zich met de scheiding tusschen beider terreinen van werkzaamheid niet vereenigen kunnen.

Toen na enkele jaren gebleken was, dat er geen sprake meer van kon zijn, dat de ziekenfondsen ook het geheele terrein van de verzekering tegen de kosten van opneming in een ziekenhuis zouden bestrijken, en wel tengevolge van den snellen groei en de zeer groote beteekenis der vereenigingen voor ziekenhuisverpleging, werd de strijd verlegd naar een ander punt, dat in wezen niet veel van het oorspronkelijke verschilde. Het nieuwe strijdpunt liep nl. over de vraag aan wien het recht, om de klinisch-specialistische hulp te vergoeden, toekwam.

Omstreeks 1930 heeft de Federatie van Vereenigingen voor Ziekenhuisverpleging in Friesland het volgende beginsel aanvaard :

„Ziekenhuisverpleging en klinische hulp behooren bij elkaar en de verzorging daarvan is het uitsluitend terrein der vereenigingen voor ziekenhuisverpleging.”

Dit beginsel werd na korten tijd ook door den Groningschen en den Drenthschen Bond van Vereenigingen voor Ziekenhuisverpleging en even later ook door de Nederlandsche Federatie van Vereenigingen voor Ziekenhuisverpleging aanvaard.

In 1930 werd opgericht het Maatschappij-Ziekenfonds „Heerenveen en Omstreken”, dat ook de klinisch-specialistische hulp aan haar leden verstrekt. Het bestuur van de Federatie van Vereenigingen voor Ziekenhuisverpleging in Friesland confereerde eenige malen met het bestuur van dit fonds, om het te bewegen het terrein van de klinisch-specialistische hulp te verlaten. Dit had geen succes, wat vertegenwoordigers uit het bestuur van genoemde Federatie en uit de besturen van de zusterorganisaties noopte tot een bespreking met het Hoofdbestuur van de Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst te Amsterdam. De heer C. Groendijk,

secretaris van de Friesche Federatie van Vereenigingen voor Ziekenhuisverpleging, schrijft over deze conferentie (27) :

„Deze bespreking was voor ons een teleurstelling. Het Hoofdbestuur gaf blijk van weinig kennis van den arbeid der vereenigingen voor ziekenhuisverpleging. Verbijsterend was ook hun gemis aan inzicht in de verhoudingen op het terrein van het ziekenhuiswezen in Friesland. Het Hoofdbestuur bestaat gedeels uit medici uit de groote stadscentra, met haar ziekenhuizen met eigen staf van medische specialisten.

Het was hun geheel onbekend, dat er nog ziekenhuizen waren, zooals het Diaconessenhuis etc., waarin specialisten eigen patiënten behandelen.

De heeren zouden nader overwegen.

Het resultaat is echter — zooals gezegd — teleurstellend geweest.

Het Hoofdbestuur was niet bereid — met het oog op de verhoudingen in Friesland — uitzondering te maken. En tot op den huidigen dag geeft het Maatschappijfonds „Heerenveen en Omstreken” ook klinische specialistische hulp aan zijn leden.”

Daarna wendde het bestuur van de Federatie van Vereenigingen voor Ziekenhuisverpleging in Friesland zich tot de Friesche Specialisten Vereeniging die, evenals de genoemde Federatie, van meening was, dat de klinisch-specialistische hulp door de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging verzorgd behoorde te worden. De specialisten zetten deze meening kracht bij, door hun medewerking aan het Maatschappij-ziekenfonds te weigeren.

Toen in 1931 het Maatschappij-Ziekenfonds „Friesland-Noord” werd opgericht, welk fonds zich ook de vergoeding van klinisch-specialistische hulp tot taak stelde, zijn de specialisten, nadat zij tevergeefs getracht hadden het Hoofdbestuur van de Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst in dezen tot andere gedachten te brengen, en bloc uit de Maatschappij getreden. Deze toestand is tot nog toe ongewijzigd gebleven. Thans is de strijd nog steeds onbeslist.

In 1938 verscheen een rapport van de Commissie tot bestudeering van de ziekenhuisverpleging en de klinische hulp in en buiten de Ziekenfondsen (28). Het is van belang, hieruit enkele zinsneden aan te halen en die aan een nadere bespreking te onderwerpen.

„Moeten of mogen de ziekenhuisverplegingsverenigingen ook klinische hulp geven?

Zooals bekend mag worden verondersteld, heeft de algemeene vergadering der Maatschappij voor Geneeskunst zich duidelijk uitgesproken in dien zin, dat de klinische hulp alleen thuis hoort in de *ziekenfondsen*. Deze toch geven huisartsenhulp, bijna overal poliklinische specialistische hulp, pharmaceutische hulp en het is dus logisch, dat zij ook de klinische specialistische hulp geven. Gezien evenwel het feit, dat deze hulp in talrijke ziekenfondsen niet wordt gegeven, meent de commissie, dat het thans mogelijk moet zijn, dat ook buiten de ziekenfondsen om, de klinische specialistische hulp gegeven kan worden. Men moet in dezen niet blind zijn voor de bestaande toestanden, dat nl. in talrijke vereenigingen voor ziekenhuisverpleging in de klinische specialistische hulp min of meer volledig wordt voorzien.”

Even verder wordt opgemerkt :

„De commissie is van meening, dat verzekering tegen ziekenhuisverpleging samen moet gaan met die tegen de kosten van klinische hulp. Omgekeerd acht zij het dus niet juist, dat de ziekenfondsen wel voorzien in de betaling der klinische hulp, doch niet tevens in die der kosten van de ziekenhuisverpleging. Klinische hulp en ziekenhuisverpleging behooren bij elkaar. Anders zullen wij steeds groepen van menschen houden, die of het ziekenhuis of den dokter niet kunnen betalen.”

Het zal den opmerkzamen lezer niet zijn ontgaan, dat tusschen beide citaten een belangrijke tegenspraak wordt gevonden. Zegt de commissie, zich aansluitende bij de uitspraak der Algemeene Vergadering der Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst, eerst, dat de klinische specialistische hulp alleen in de ziekenfondsen thuis behoort, even later merkt zij op, dat klinische hulp en ziekenhuisverpleging bij elkaar behooren. Zij verliest daarbij uit het oog, dat vergoeding wegens ziekenhuisverpleging voor een fonds niet juist is.

Deze tegenspraak wordt verklaarbaar, als men let op de geschiedenis, zooals zij hierboven kort is weergegeven. Er bestaat nl. geen tegenspraak, indien zoowel de klinische hulp als ook de ziekenhuisverpleging geacht worden bij de ziekenfondsen te behooren. Dit is nog precies hetzelfde standpunt, dat in het Unificatie-rapport van 1925 werd ingenomen.

Blijkbaar is de commissie, samengesteld uit leden van de Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst, blind voor de bestaande toestanden, welke niet alleen historisch zijn gegroeid, maar ook op traditie kunnen bogen. Want men geeft wel toe, dat het tegenwoordig ook mogelijk moet zijn, dat andere organisaties dan de ziekenfondsen de klinisch-specialistische hulp verzorgen, doch men voelt uit alles, dat dit als een noodmaatregel (de Maatschappij zou waarschijnlijk gaarne willen als een overgangsmaatregel) moet worden beschouwd.

Toch zijn er zeer belangrijke bezwaren tegen het standpunt van de Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst aan te voeren.

Zij verliest volkomen uit het oog, dat op velerlei wijze gebleken is, dat de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging zeer voortreffelijk werk verrichten en dat tegen haar werkwijze weinig bezwaren zijn in te brengen. Verder negeert zij geheel en al het historisch gegroeide en tracht zij het terrein van de ziekenhuisverpleging, dat door de ziekenfondsen eerst betreden werd, nadat andere organisaties met de ontginning reeds een aanvang gemaakt hadden, ja zelfs reeds een heel eind daarmede gevorderd waren, terug te winnen.

Het is te betreuren, dat de Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst niet duidelijker aangeeft, waarom zij de combinatie van vereeniging voor ziekenhuisverpleging en ziekenfonds verkiest boven het naast elkander werken van beide organisaties. Als men om toelichting vraagt, krijgt men ten antwoord, dat zij geen bezwaren heeft, mits zij de zekerheid bezit, dat de specialisten behoorlijk gehonoreerd worden. Intusschen, bij de meeste vereenigingen voor ziekenhuisverpleging is dit zeker het geval.

Een zeer belangrijk bezwaar tegen de denkbeelden van de Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst is ook, dat de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging in tegenstelling met de ziekenfondsen geen welstandsgrens kennen. Krijgt men dus een combinatie van ziekenfonds en vereeniging voor ziekenhuisverpleging (welke in vele plaatsen bestaat), dan zal het gevolg daarvan zijn, dat verscheidene personen, waaronder ook minvermogenden, die zich om de een of andere reden niet bij een ziekenfonds aan willen sluiten, van deelneming aan een vereeniging voor ziekenhuisverpleging uitgesloten worden. Daarbij komt, dat het ontbreken van een welstandsgrens een van de beginselen is, volgens welke het werk der verzekering voor ziekenhuisverpleging geleid dient te

worden, zooals reeds kortelings vermeld is en nog nader uiteengezet zal worden. Aan dit beginsel zou een combinatie geweld aandoen.

Uit de twee overwegingen, dat men het historisch gegroeide moet eerbiedigen, als het zijn werk goed verricht, en dat een vereeniging voor ziekenhuisverpleging geen welstandsgrens behoort te kennen, volgt, dat een combinatie, zooals de Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst wil en blijkbaar ideaal vindt, als verwerpelijk moet worden beschouwd.

Uit dit gezichtspunt moet nogmaals de vraag, bij welke organisatie de klinisch-specialistische hulp thuis behoort, bestudeerd worden.

Zooals hierboven reeds uitvoerig is besproken, wordt het tot de beginselen van de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging gerekend om een zoo volledig mogelijke verzekering aan haar leden te verstrekken. Hieruit volgt reeds, dat zij, zoo noodig, aan haar leden ook de kosten van de klinisch-specialistische hulp dienen te vergoeden.

Echter ook uit den laatsten zin van het hierboven, op blz. 44, opgenomen citaat van de commissie tot bestudeering van de ziekenhuisverpleging enz., kan men een argument voor deze stelling putten. Indien de klinisch-specialistische hulp uitsluitend bij de ziekenfondsen ondergebracht was en de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging slechts de kosten van de verpleging op zich namen, zouden er steeds groepen van menschen overblijven, die òf het ziekenhuis, òf den specialist niet kunnen betalen. Het argument, dat de genoemde commissie aanvoerde, leidt dus tot een eenigszins andere conclusie, dan haar waarschijnlijk als ideaal voor oogen stond. De klinische hulp behoort thuis bij de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging en nimmer bij een ziekenfonds, ook niet bij zulk een, dat een afzonderlijke vereeniging voor ziekenhuisverpleging aan zich verbonden heeft.

De combinatie ziekenfonds — vereeniging voor ziekenhuisverpleging zal slechts dan op juiste wijze kunnen werken, als voldaan wordt aan een der volgende twee voorwaarden : ten eerste, dat alle leden van het ziekenfonds automatisch lid van de daaraan verbonden vereeniging voor ziekenhuisverpleging zijn, òf, ten tweede, dat de vereeniging voor ziekenhuisverpleging zoodanig met het fonds verbonden is, dat de leden van het fonds al dan niet tot haar toe kunnen treden en dat de vereeniging ook de klinisch-specialistische hulp betaalt. Echter blijkt bij vele, zoo niet bij alle ziekenfondsen, waaraan een vereeniging voor ziekenhuisverpleging verbonden is, de toe-

stand zoo gesteld, dat het ziekenfonds naast de gebruikelijke vergoedingen ook de kosten voor de klinische hulp draagt en dat de vereeniging voor ziekenhuisverpleging alleen de kosten van verpleging in een ziekenhuis voor haar rekening neemt. Aan dezen vorm van uitvoering kleven belangrijke bezwaren.

1. Indien het ziekenfonds de klinische hulp vergoedt, wordt deze betaald uit de contributie van alle leden, ook van die leden, die geen lid van de aan het fonds verbonden vereeniging voor ziekenhuisverpleging zijn. Verder is het lang niet denkbeeldig, dat — hoewel alle leden van het fonds recht op klinisch-specialistische hulp hebben — juist zij, die tevens lid van de vereeniging voor ziekenhuisverpleging zijn, meer en eerder van een ziekenhuis gebruik zullen maken, dan zij, die buiten de vereeniging gebleven zijn. Hierdoor moet de laatste categorie meedragen in de kosten, welke de eerste maakt, hetgeen onbillijk is.

2. Aan den eisch, door de commissie (lees : Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst) gesteld, dat de vergoeding voor klinische hulp en voor ziekenhuisverpleging door één organisatie behooren te geschieden, wordt niet voldaan.

3. In aanmerking nemende, dat het een volksbelang, of zoo men wil, een landsbelang is, dat het samengaan van verschillende bevolkingsgroepen zooveel mogelijk bevorderd en de scheiding daartusschen zooveel mogelijk voorkomen moet worden, is een combinatie van ziekenfonds en ziekenhuisverplegingsvereeniging, zooals die zich thans aan ons voordoet, te verwerpen.

Samenvattende komt men tot de conclusie, dat de zorg voor de klinisch-specialistische hulp alleen behoort tot het domein van de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging, om het even of deze zelfstandig werken, dan wel met een ziekenfonds verbonden zijn.

Willen de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging echter kunnen eischen, dat haar rechten ten aanzien van de klinisch-specialistische hulp door de ziekenfondsen geëerbiedigd worden, dan zullen zij omgekeerd ook niet het terrein van de ziekenfondsen betreden mogen.

Hoewel het laatste zelden geschiedt, kan men toch niet zeggen, dat het nimmer voorkomt. Er zijn n.l. o.a. in Friesland, vereenigingen voor ziekenhuisverpleging, die aan haar leden, meer of minder uitgebreid, vergoeding geven voor poliklinisch-specialistische behandeling. Dit is onjuist. Reeds op grond van historische overwegingen moet de zorg voor deze behandeling geheel tot het terrein van de ziekenfondsen gerekend worden. Doch ook op practische

gronden dient de handelwijze der genoemde vereenigingen afgekeurd te worden. In streken, waar zoowel een ziekenfonds als een vereeniging voor ziekenhuisverpleging werkzaam is, en waar beide de poliklinisch-specialistische hulp vergoeden, zullen herhaaldelijk moeilijkheden ontstaan, welke nòch in het belang van het ziekenfonds, nòch in dat van de vereeniging voor ziekenhuisverpleging zijn. Maar ook in streken, waar geen ziekenfonds werkt, is het minder gewenscht, dat de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging zich met de poliklinisch-specialistische hulp bemoeien, want als daar na verloop van tijd een ziekenfonds wordt opgericht, zal dit direct tot wrijving aanleiding kunnen geven.

Het gehouden betoog leidt tot de volgende conclusies :

1. Het ziekenfonds vergoede uitsluitend huisartsen-, pharmaceutische en poliklinisch-specialistische hulp (desgewenscht ook tandartsenhulp, bandages, brillen en dergelijke).
2. De vereeniging voor ziekenhuisverpleging vergoede uitsluitend alle kosten, voortvloeiende uit de opnemings-, verplegings- en behandeling van een patiënt in een ziekenhuis.

Indien zoowel door ziekenfonds als door vereeniging voor ziekenhuisverpleging de beiderzijdsche grenzen geëerbiedigd worden, zal dit slechts voordeel opleveren, en dat zoowel voor beide organisaties als, en vooral, voor den patiënt. Een juiste afbakening van beider taak en terrein zal voorts zeker medewerken tot den bloei van beide, voor de volksgezondheid zoo nuttige en onontbeerlijke instellingen.

B. *De taak van de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging in verband met die der Kruisvereenigingen.*¹⁾ Een karakteristiek, welke in het kort de taak van de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging aangeeft, zou kunnen luiden : Het werk der vereenigingen voor ziekenhuisverpleging is het sluitstuk van dat der Kruisvereenigingen. Behartigen de Kruisvereenigingen de verpleging van de patiënten in hun woning, de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging verzorgen, zooals haar naam reeds aangeeft, de verpleging van de patiënten in een ziekenhuis.

De vereenigingen voor ziekenhuisverpleging en de Kruisvereeni-

¹⁾ Onder „Kruisvereenigingen” worden hier meer in het bijzonder bedoeld die vereenigingen, welke het werk der wijkverpleging voor haar rekening nemen, dus de Groene-, Wit-Gele- en Witte-Kruisvereenigingen.

gingen werken dus naast elkander en vullen elkander aan. Evenwel mag niet gezegd worden, dat zij zonder wederkeerigen invloed naast elkander werken. Dit is toch geenszins het geval, want de Kruisvereenigingen zijn van groot belang voor de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging en de laatste kunnen het werk der eerste steunen. De Kruisvereenigingen bewijzen aan de samenleving hoogelijk te waardeeren diensten. Haar verpleegsters hebben tot taak de patiënten, die verpleging behoeven, te verzorgen, terwijl de magazijnen dikwijls uitgebreide voorraden verplegingsartikelen bevatten, welke geheel kosteloos aan de leden, ingeval van ziekte, uitgeleend worden. Behalve met de verpleging is de wijkverpleegster ook belast met het huisbezoek ten behoeve van de tuberculosebestrijding en van de kinderhygiëne.

Ten aanzien van de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging is vooral de hoofd-functie van de wijkverpleegster, nl. het verplegen van zieken, van zeer groote beteekenis. Hierdoor kan toch in vele gevallen opneming in een ziekenhuis, welke bij ontbreken van wijkverpleging onvermijdelijk zou blijken te zijn, voorkomen worden. Het is dan ook billijk, ja zeer aan te bevelen, dat de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging het werk der Kruisvereenigingen financieel steunen, omdat zij van dit werk vruchten plukken.

3. De taak van de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging in verband met de sociale-verzekeringswetten. — Er bestaat in het algemeen geen verband tusschen de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging en de meeste sociale-verzekeringswetten, omdat deze laatste een ander terrein van werkzaamheid bestrijken dan de eerste. En hoewel het meermalen voorkomt, dat iemand tengevolge van een ongeval op kosten van de Rijksverzekeringsbank, of van een in den zin der Land- en Tuinbouwongevallenwet 1922 erkende bedrijfsvereeniging, in een ziekenhuis verpleegd wordt, of dat iemand, tengevolge van het feit, dat bij hem blijvende invaliditeit dreigt, op grond van de artt. 99 en 100 der Invaliditeitswet, op kosten van den Raad van Arbeid in een ziekenhuis behandeld wordt, kan men toch moeilijk zeggen, dat er aldus verband tusschen de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging en de sociale-verzekeringswetten gelegd kan worden.

Toch is er een rechtstreeksch verband tusschen de taak van de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging en een bepaling in één der sociale-verzekeringswetten op te sporen. Deze bepaling komt voor

in de Ziektewet en wel in artikel 48, 1ste en 2de lid :¹⁾

„Den verzekerde komt geen ziekengeld toe, indien hij noch is ingeschreven bij een overeenkomstig de Ziekenfondswet toegelaten ziekenfonds, noch aantoon, dat hij geneeskundige behandeling kan krijgen.

Als geneeskundige hulp wordt niet beschouwd die, welke den verzekerde wordt gewaarborgd door een niet toegelaten ziekenfonds.”

In dit artikel, dat niet in werking getreden is, omdat de daarin genoemde Ziekenfondswet niet tot stand is gekomen, wordt dus een verband gelegd tusschen de uitkeering van ziekengeld en de geneeskundige behandeling. Daar deze laatste niet nader in de Ziektewet omschreven is, mag men aannemen, dat hieronder óók wordt verstaan de geneeskundige behandeling in een ziekenhuis, wat inderdaad ook uit de verschillende Ontwerpen van Ziekenfondswet afgeleid kan worden. Hoewel deze Ontwerpen het tot nog toe geen van alle tot wet gebracht hebben, vragen zij niettemin onze aandacht.

Dit moge eenigszins bevreemden ten aanzien van een wet, die reeds vele jaren voorbereid wordt, en die naar alle waarschijnlijkheid in de naaste toekomst wel niet in werking treden zal. Toch bestaan er voor een eenigszins uitvoerige uiteenzetting goede gronden. Deze zijn:

1. dat het op den duur toch noodzakelijk zal blijken, dat de Overheid regelend optreedt ten aanzien van de geneeskundige behandeling van diegenen, die onder de Ziektewet vallen ;

2. dat het voor de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging een levenskwesitie beteekent, dat de redactie van de Ziekenfondswet zoodanig is, dat haar bestaan niet bedreigd wordt.

Dat het sub 2 genoemde gevaar niet denkbeeldig was, blijkt uit het volgende historische overzicht.

In 1920 werd het eerste Ontwerp Ziekenfondswet ingediend, waaraan in 1925 een eerste en in 1927 een tweede Nota van Wijziging werd toegevoegd. Nog in het Ontwerp van Wet, noch in de genoemde Nota's van Wijziging werd gesproken van vereenigingen voor ziekenhuisverpleging, doch alleen van ziekenfondsen. Dit was ook het geval in de derde Nota van Wijziging van 1930.

Gezien art. 48 van de Ziektewet en gezien de Ontwerpen Ziekenfondswet, bestond de mogelijkheid, dat aan hen, die onder de Ziekte-

¹⁾ Bij de technische wijziging der Ziektewet in 1935 is dit art. 50 geworden.

wet vallen, de verplichting opgelegd kon worden, zich bij een toegelaten ziekenfonds aan te sluiten en voorts, dat aan toegelaten ziekenfondsen de verzorging van de ziekenhuisverpleging voor hun leden kon worden opgedragen. Indien de Ziekenfondswet derhalve in den ingedienden vorm aangenomen was, zouden de ingevolge de Ziektewet verzeerden genoodzaakt zijn hun lidmaatschap van de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging op te zeggen, omdat deze niet aan de in het genoemde wetsontwerp gestelde voorwaarden voldoen. Hieruit zou dan noodzakelijkerwijs volgen, dat de bestaansmogelijkheid van de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging, die het overgrootste deel van haar leden juist tellen onder hen, die onder de Ziektewet vallen, was verdwenen en dat zij dus zelf ook zouden moeten verdwijnen.

Dat dit gevaar niet denkbeeldig was, bleek duidelijk uit de Memorie van Antwoord op het Voorloopig Verslag na de vierde Nota van Wijziging (1936). De Kamercommissie, welke dit verslag uitbracht, wees op het verschil tusschen ziekenfonds en vereeniging voor ziekenhuisverpleging, welk verschil in het Ontwerp van Wet niet voldoende gemarkeerd was.

Bij nauwkeurige bestudeering van den inhoud van het wetsontwerp blijkt bovendien, dat de Minister de voorkeur gaf aan de combinatie ziekenfonds — vereeniging voor ziekenhuisverpleging, zij het ook, dat beide afdeelingen afzonderlijk beheerd zouden moeten worden.

In de genoemde Memorie van Antwoord leest men namelijk :

„§ 1. Bij het vraagstuk van de ziekenhuisverpleging, waarvan de regeling in het onderhavige wetsontwerp aanleiding gaf tot ernstige bedenkingen, eischen twee vragen beantwoording :

1. Is het noodzakelijk de verzekering van de ziekenhuisverpleging wettelijk te regelen? en
2. Is het wenschelijk die regeling op te nemen in een wet betreffende de ziekenverzorging?

Wat de eerste vraag betreft, moge de ondergeteekende er op wijzen, dat de verzekering tegen de kosten van ziekenhuisverpleging voor steeds grootere groepen der bevolking een noodzakelijkheid is geworden. Men heeft hier, veel meer dan bij de ziekenfondsen, te doen met een eigenlijke verzekering, waarbij groote reserves moeten worden gevormd. Wanbeheer kan hier uit financieel oogpunt tot veel ernstiger gevolgen leiden, dan bij de ziekenfondsen. Een streng toezicht op de instellingen, die zich met de ziekenhuisverpleging bezig houden, is daarom ge-

boden. De ondergeteekende acht de regeling van dit toezicht niet minder urgent dan de regeling van de ziekenfondsen.

Wat de tweede vraag betreft, geeft het Voorloopig Verslag in meer dan één opzicht van misvatting blijk. De verzekering van de ziekenhuisverpleging dient te worden geregeld in verband met de regeling der ziekenfondsen, niet alleen omdat zich reeds ziekenfondsen op dit gebied bewegen, maar ook, omdat de ziekenhuisverpleging in vele gevallen samenhangt met de verzorging door de ziekenfondsen.

Van de ziekenhuisverpleging in engeren zin is toch niet te scheiden de verstrekking van geneeskundige hulp en van geneesmiddelen, hetgeen buiten het ziekenhuis tot de taak van het ziekenfonds behoort."

Even verder leest men :

„De vraag is gesteld, waarom de ondergeteekende wel de wijkverpleging wil behouden voor de kruisvereenigingen, doch de ziekenhuisverpleging niet voor zich daarmee speciaal bezighoudende organisaties wil reserveeren.

Het antwoord daarop is, dat hier twee zaken worden vergeleken, die niet met elkaar te vergelijken zijn. Terwijl, zooals hierboven is medegedeeld, een belangrijk aantal ziekenfondsen, omvattende ongeveer de helft van alle bij de ziekenfondsen aangesloten, zich reeds met ziekenhuisverpleging bezighouden, strekken slechts 19 ziekenfondsen, waarvan de grootste helft ondernemingsfondsen, omvattende in totaal slechts enkele procenten van alle bij de ziekenfondsen aangesloten, hun werkzaamheden ook tot de wijkverpleging uit.

Bovendien zijn de kruisvereenigingen met het oog op de sociale hygiëne onmisbare instellingen. Men denke slechts aan de tuberculose-bestrijding en kinderhygiëne. Haar taak op dit gebied zouden zij niet kunnen vervullen, indien haar de kern van haar bestaan, de wijkverpleging, werd ontnomen. Een dergelijk belang bestaat er niet bij het uitsluitend in stand houden van afzonderlijke instellingen, die zich bezig houden met de ziekenhuisverpleging."

Deze citaten, welke het standpunt weergeven van den toenmaligen Minister van Sociale Zaken, Mr. Slingenberg, geven gereede aanleiding tot het maken van enkele opmerkingen.

De vierde Nota van Wijziging behelsde, mede dank zij een door de vier organisaties voor ziekenhuisverpleging aan den Minister van Sociale Zaken gericht adres, voor de eerste maal een hoofdstuk, bevattende twee artikels betreffende de ziekenhuisverpleging (19 artikels waren gewijd aan het ziekenfondswezen).

Men kan dit beschouwen als een erkenning van het werk der vereenigingen voor ziekenhuisverpleging. Maar zoowel uit omvang en inhoud van deze artikels, als uit de Memorie van Antwoord blijkt duidelijk, dat de Minister zich nog geenszins het belangrijke werk, dat de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging verrichten, bewust was. De hierboven weergegeven citaten toonen aan, dat de Minister er geen bezwaar tegen zou hebben, dat deze organisaties weer verdwijnen zouden en dat haar werk door de ziekenfondsen overgenomen zou worden. Om deze bewering te staven en uit te werken zullen wij de citaten op den voet volgen.

Dat een wettelijke regeling op het gebied van het ziekenhuisverplegingswezen wenschelijk is, kan zeer zeker worden toegestemd, echter onder voorbehoud, dat de ontwikkeling van de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging daardoor niet belemmerd worde. Evenwel blijkt, dat het, op zijn zachtst uitgedrukt, niet zeker is, dat het laatste uitgebleven zou zijn, als het vierde Ontwerp het tot wet gebracht had. De Minister wenschte toch de regeling van de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging in verband te zien met die der ziekenfondsen, omdat de ziekenfondsen zich ook op het terrein der ziekenhuisverpleging bewogen en mede omdat de ziekenhuisverpleging dikwijls samenhangt met de verzorging door de ziekenfondsen (verstrekking van geneeskundige hulp en geneesmiddelen).

Hierbij wordt evenwel uit het oog verloren, dat de ziekenfondsen zich eerst op het terrein van de ziekenhuisverpleging hebben begeven, nadat de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging dit reeds goeddeels hadden ontgonnen. Met de historische rechten van deze vereenigingen wordt dus geen rekening gehouden.

Eveneens wordt buiten beschouwing gelaten, dat de verstrekking van geneesmiddelen en het verleenen van de klinische hulp tijdens den duur eener opneming in een ziekenhuis reeds door zeer vele vereenigingen voor ziekenhuisverpleging worden verzorgd. Daarbij komt nog, dat de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging haar werk zeer goed verrichten, zoodat er geen reden is deze bij de ziekenfondsen ten achter te stellen.

Maakt de commissie van onderzoek in het Voorloopig Verslag

een vergelijking tusschen de Kruisvereenigingen en de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging eenerzijds en de ziekenfondsen anderzijds, de Minister wenscht beide eerstgenoemde organisaties niet op één lijn te stellen, omdat de Kruisvereenigingen onmisbaar zijn, doch de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging niet. Vooral hierin komt uit, dat de Minister de ziekenfondsen boven de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging tracht te bevoordeelen. Hij stond dus op hetzelfde standpunt, dat in het Unificatie-rapport van 1925 werd gehuldigd. De bezwaren tegen dit rapport zijn boven reeds uitvoerig weergegeven, zoodat er hier niet verder op ingegaan behoeft te worden. Echter is het wel raadzaam, om even te wijzen op het feit, dat, als de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging zouden moeten verdwijnen, er groote groepen van de bevolking, nl. zij, die niet bij een ziekenfonds zijn aangesloten, van verzekering tegen de kosten van ziekenhuisverpleging bij een onderling werkende organisatie zouden worden uitgesloten. Deze menschen zouden dan voor deze verzekering aangewezen zijn op een der op commercieele basis staande maatschappijen, waardoor zij in de meeste gevallen duurder uit zouden komen. Tegen het vierde Ontwerp van Wet zijn dus zeer belangrijke bezwaren in te brengen.

Hoewel in de vijfde en met name in de zesde (en laatste) Nota van Wijziging meer aandacht aan de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging is besteed (het desbetreffende hoofdstuk omvat nu zeven artikels) en hoewel de verplichtingen van deze vereenigingen er beter in zijn vastgesteld (er wordt minder aan Algemeene Maatregelen van Bestuur overgelaten), blijkt ook dit Ontwerp voor de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging nog gevaren te bevatten.

Gevaar schuilt voornamelijk in art. 6, eerste lid b, waarin gezegd wordt, dat de statuten van een ziekenfonds ook moeten bevatten : „de omvang van de verzekerde geneeskundige verzorging van de leden.”

Dit gevaar houdt in, dat, als er in de statuten van een ziekenfonds opgenomen wordt, dat alle leden van het fonds verplicht zijn om zich bij de vereeniging voor ziekenhuisverpleging, behoorende bij dat fonds, aan te sluiten, de kans zeer groot is, dat een zelfstandige vereeniging voor ziekenhuisverpleging wegens gebrek aan leden zou moeten verdwijnen.

Het is dus noodig, dat in artikel 6 een derde lid worde opgenomen, waarin bepaald wordt, dat de statuten van een ziekenfonds aan zijn leden niet de verplichting op mogen leggen, dat zij zich bij het daarbij

behoorende fonds voor ziekenhuisverpleging moeten verzekeren.

Deze bepaling schaaft de ziekenfondsen niet, omdat aan de leden de vrije keuze wordt gelaten bij welke vereeniging voor ziekenhuisverpleging zij zich aan wenschen te sluiten, en is voor de zelfstandige vereenigingen voor ziekenhuisverpleging van groote beteekenis, omdat haar bestaan niet wordt bedreigd, als er naast haar een vereeniging voor ziekenhuisverpleging, verbonden aan een ziekenfonds, werkt of opgericht wordt.

Een Ziekenverzorgingswet, zooals in het zesde Ontwerp is voorgesteld, uitgebreid met de hierboven genoemde bepaling, zal de ontwikkeling van ziekenfondsen en vereenigingen voor ziekenhuisverpleging niet belemmeren, terwijl aan beide organisaties een eerlijke kans tot ontwikkeling geboden wordt.

4. Recht op zelfstandig bestaan van de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging. — Reeds in de vorige onderdeelen van dit hoofdstuk is hier en daar gewezen op het recht van de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging op een zelfstandig bestaan. Hier mogen de argumenten daarvoor nog eens in samenhang bijeengevoegd worden. Voor de breedere uiteenzetting van enkele argumenten wordt verwezen naar de beschouwingen over de taak van de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging (blz. 35 en vlgg.).

De beginselen, volgens welke de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging geleid dienen te worden, zijn : voor iedereen toegankelijk, vrije ziekenhuiskeuze, vrije artsenkeuze, geen welstandsgrens en een zoo volledig mogelijke verzekering. Aan al deze beginselen liggen de begrippen vrijheid en onafhankelijkheid ten grondslag en alleen door zelfstandigheid kan een vereeniging onbelemmerd en consequent de aanvaarde beginselen in toepassing brengen.

Het feit, dat een welstandsgrens niet noodig, ja zelfs niet wenschelijk is, is op zichzelf reeds voldoende om het recht op een zelfstandig bestaan der vereenigingen voor ziekenhuisverpleging te eischen. Het ontbreken van de welstandsgrens komt ten goede aan den karaktertrek, bestaande in het verleenen van onderlinge hulp, waardoor beter-ge situeerden dikwijls uit sociale overwegingen zich aangetrokken gevoelen om lid te worden.¹⁾

De vrije ziekenhuis- en artsenkeuze, welke tot de belangrijkste beginselen der vereenigingen voor ziekenhuisverpleging behooren,

¹⁾ Zie noot 2 op blz. 38.

en welke door zeer vele dezer vereenigingen voorgestaan worden, wijzen er op, dat zij hun taak op breede wijze ten uitvoer brengen.

Ook op historische gronden hebben de vereenigingen recht op een zelfstandig bestaan. Zij toch zijn de eersten geweest, die de verzekering voor ziekenhuisverpleging, en wel op uitnemende wijze, ter hand genomen hebben. De waardeering voor het verrichte werk is duidelijk gebleken uit de hooge vlucht, welke deze vorm van onderlinge verzekering in weinige jaren genomen heeft.

Uit het bovenstaande mag besloten worden, dat zoowel op grond van de beginselen, volgens welke het werk geleid wordt, als ook op grond van historisch verkregen rechten en van het uitnemende werk, hetwelk zij ten directen bate van naar schatting één tot anderhalf millioen personen verrichten, de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging op een zelfstandig bestaan *recht* hebben en dat aan haar zegenrijk werk geen beletselen in den weg gelegd mogen worden, noch in den vorm van wettelijke bepalingen, noch in eenigen anderen vorm.

HOOFDSTUK VI

DE ORGANISATIE VAN DE VEREENIGINGEN VOOR ZIEKENHUISVERPLEGING IN FRIESLAND

Er zijn vier punten, welke bij dit onderwerp de aandacht vragen.
Dit zijn :

- A. de organisatie van de plaatselijk of gemeentelijk werkende vereenigingen ;
- B. de organisatie en de beteekenis van het federatieve verband ;
- C. de verhouding van de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging, eventueel van de Federatie, tot de Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst ;
- D. de verhouding van de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging, eventueel van de Federatie, tot de vakorganisaties.

A. *De organisatie van de plaatselijk of gemeentelijk werkende vereenigingen.* De organisatie van de plaatselijk of gemeentelijk werkende vereenigingen voor ziekenhuisverpleging in Friesland is in het algemeen zeer eenvoudig. Om lid te worden moet men zich bij het bestuur, dat over het aannemen als lid beslist, aanmelden. Een enkele maal vraagt het bestuur, voor het iemand als lid inschrijft, advies aan een arts. Deze arts mag niet de behandelende geneesheer van het adspirant-lid zijn. Het bestuur wordt door de leden gekozen. Alle bestuursleden zijn leden der vereeniging. Hoewel hier en daar huisartsen in het bestuur zitting hebben, behoort dit tot de uitzonderingen, zoodat de besturen praktisch geheel en al uit leeken bestaan.

Gezien de ontwikkeling der vereenigingen voor ziekenhuisverpleging is deze vorm van bestuur ook te verwachten. Zij toch zijn uit het volk voortgekomen en op initiatief van enkele leeken opgericht. In de praktijk blijkt, dat aan dezen vorm geen praktische bezwaren kleven, en dat er met de huisartsen, zoowel als met de specialisten, een aangename samenwerking bestaat. Wat de laatsten aangaat, ook

deze hebben geen enkele zeggenschap, noch in de afzonderlijke vereenigingen, noch in de Federatie.

De grootere vereenigingen zijn in deze provincie verdeeld in plaatselijke afdeelingen. Dit is geschied, opdat zooveel mogelijk leden invloed op den gang van zaken uit kunnen oefenen en opdat het wel en wee der vereeniging door alle leden gedeeld wordt. Deze vorm van organisatie voorkomt, dat de leden ter bijwoning van een gewone vergadering uren zouden moeten fietsen. De onderlinge band wordt onderhouden, doordat de afdeelingen afgevaardigden naar de algemeene vergadering zenden, waardoor een ideale samenwerking tusschen alle leden mogelijk is.

De werkzaamheden, welke door de bestuursleden verricht moeten worden, geschieden vrijwel steeds zonder bezoldiging. Bij enkele vereenigingen ontvangt de penningmeester een kleine gratificatie. Het bedrag daarvan kan inderdaad als gratificatie worden beschouwd, omdat het in geenerlei verhouding tot de hoeveelheid verrichte arbeid staat.

De contributie wordt bij de meeste vereenigingen volgens het „omslag-systeem” geheven. Slechts weinig vereenigingen kennen een vaste contributie. Dit „omslag-systeem” werkt als volgt. In de kas van den penningmeester moet steeds een reglementair vastgesteld minimum-bedrag aanwezig blijven. Wanneer dit minimum bereikt is, wordt een omslag geheven. Deze bedraagt voor een gezin f 1.— en voor een opzichzelf staand persoon boven de achttien jaar f 0.50 per keer. Het bezwaar van dit systeem is, dat de leden nooit precies weten, hoeveel zij per jaar zullen moeten betalen. Echter blijkt, dat dit bezwaar niet als hinderlijk ondervonden wordt. Het komt praktisch niet voor, dat men meer dan eenmaal per maand contributie betalen moet, terwijl zeer dikwijls met een veel geringere bijdrage dan f 12.— per jaar volstaan kan worden.

Bij de vereenigingen met vaste contributie komt het zoo nu en dan voor, dat de leden op het eind van het jaar toch nog iets bijbetalen moeten, omdat er anders een tekort zou komen. In de praktijk blijken derhalve beide systemen hetzelfde bezwaar op te leveren.

Het voordeel van den eersten vorm van contributie-betaling is wel, dat de leden nooit meer betalen dan strikt noodig is.

Verscheidene vereenigingen kweeken een reservefonds, waaruit slechts onder buitengewone omstandigheden geput wordt. Zulk een maatregel is bij den geschetsten vorm van contributieheffing zeker noodzakelijk, omdat anders de mogelijkheid bestaat, dat in extra on-

gunstige jaren (b.v. bij epidemieën) de contributie een veelvoud van het normale bedragen zou.

Als typische bijzonderheid van de contributieheffing, zoowel bij de vereenigingen met omslag-systeem als bij die met vaste contributie, moet vermeld worden, dat de contributie alleen berekend wordt ten aanzien van gezinshoofden en van zoogenaamd alleenstaanden (ongehuwde personen boven 18 jaar en weduwen, resp. weduwnaars). Hieruit volgt, dat een gezinshoofd zonder kinderen evenveel aan contributie betalen moet als een gezinshoofd met bijvoorbeeld tien kinderen beneden de 18 jaar. De contributie is dus een gezinspremie, welke geheel onafhankelijk is van de grootte van het gezin. Hieruit blijkt, hoe krachtig de sociale gedachte bij de oprichting van deze vereenigingen gewerkt heeft. De eenigszins merkwaardige vorm, die voor de verzekering verkozen is, heeft allerminst afbreuk aan haar populariteit gedaan. Ongeveer de helft van alle inwoners van Friesland zijn bij de onderling werkende vereenigingen tegen de kosten van ziekenhuisverpleging verzekerd.

B. *De organisatie en de beteekenis van het federatieve verband.* Ongeveer $\frac{3}{4}$ van alle in Friesland werkende vereenigingen voor ziekenhuisverpleging zijn opgenomen in de Federatie van Vereenigingen voor Ziekenhuisverpleging in Friesland. Het bestuur hiervan bestaat uit 7 leden, die uit de besturen der aangesloten vereenigingen gekozen worden. De bestuursleden treden om de vier jaren af, doch zijn terstond herkiesbaar. Dit laatste heeft het groote voordeel, dat de continuïteit in het bestuur praktisch verzekerd is, hetgeen met het oog op de werkzaamheden groote beteekenis heeft.

De Federatie heeft niet de macht (wat ook blijkt uit den naam) om aan de vereenigingen bindende besluiten op te leggen. De zelfstandigheid van de vereenigingen blijft onder alle omstandigheden gewaarborgd. Dit is noodzakelijk om het uittreden van vereenigingen te voorkomen. Door vermindering van het aantal aangesloten vereenigingen zou de invloed van het centrale lichaam zeer zeker aan beteekenis inboeten. De samenbinding in federatief verband heeft voor de aangesloten vereenigingen zeer belangrijke voordeelen. Zoo is hierdoor bereikt, dat verschillende ziekenhuizen in deze provincie een reductie op de verpleegkosten geven. Hiervan kunnen alleen de bij de Federatie aangesloten vereenigingen profiteeren.

Ook voor de erkenning naar buiten is de Federatie van groot belang gebleken. Dat met haar door officieele instanties rekening ge-

houden wordt, blijkt genoegzaam uit het feit, dat een der bestuursleden zitting in een door den Minister van Sociale Zaken ingestelde commissie van advies, inzake het ziekenfondswezen, gehad heeft. Ook door andere organisaties wordt met de Federatie herhaaldelijk contact gezocht.

De Federatie vertegenwoordigt ongeveer 170.000 zielen. Zij kan zich op de hoogte stellen van de vraagstukken, welke het werk der vereenigingen voor ziekenhuisverpleging in het algemeen aangaan en zij kan ook de belangen dezer vereenigingen bepleiten. Kortom, het federatieve verband is een zegen voor de aangesloten vereenigingen.

De samenwerking van de Friesche Federatie met twee der zusterorganisaties, nl. met den Groningschen en den Drenthschen Bond van Vereenigingen voor Ziekenhuisverpleging, is zeer goed. Deze wordt thans onderhouden door een contact-commissie, waarin vertegenwoordigers der drie genoemde organisaties zitting hebben. Het is zelfs waarschijnlijk, dat deze contact-commissie opgeheven zal worden en de drie mantelorganisaties samengevoegd zullen worden in één Noord-Nederlandsche Federatie van Vereenigingen voor Ziekenhuisverpleging. Hierdoor hoopt men meer eenheid in het optreden naar buiten te verkrijgen.

De samenwerking met de Federatie van Vereenigingen voor Ziekenhuisverpleging in Nederland is minder goed dan met de hierboven besproken organisaties. Wel is eenige malen getracht om tot een inniger contact te komen, maar dit is mislukt, omdat men het niet eens kon worden over den organisatorischen vorm der voorgestelde samenwerking.

Met alle zusterorganisaties is door de Federatie een overeenkomst aangegaan, waarbij men zich wederkeerig verplicht de leden, die verhuizen van de eene provincie naar een andere, zonder wachttijd en zonder entree-geld aan te nemen. Een dergelijke overeenkomst bestaat ook tusschen de bij de Federatie aangesloten vereenigingen.

C. De verhouding tusschen de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging en de Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. Reeds in het vorige hoofdstuk is terloops gesproken over het contact, dat de Federatie van Vereenigingen voor Ziekenhuisverpleging in Friesland met de Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst had, en wel in verband met de kwestie van de verhouding der Maatschappij tot de ziekenfondsen, speciaal naar aanleiding van de oprichting van het Maatschappij-Ziekenfonds „Heerenveen en Omstreken.”

Ook in latere jaren is door de Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst contact met de vier groote organisaties van vereenigingen voor ziekenhuisverpleging (de Friesche en Nederlandsche Federaties en de Groningsche en Drenthse Bonden) gezocht. De Maatschappij wenschte met de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging, aangesloten bij de genoemde organisaties, een overeenkomst te sluiten, waarbij de vereenigingen de kosten van de klinisch-specialistische hulp tegen een bedrag van f 1,— per ziel per jaar (tot een maximum van f 6,— per gezin) aan haar zouden overdragen. Deze bijdragen zouden dan gestort worden in een speciale kas, waaruit de specialisten gehonoreerd zouden worden.

Zulk een overeenkomst is niet tot stand gekomen. De eigenlijke oorzaak daarvan lag in de omstandigheid, dat alle organisaties op het gebied van het ziekenhuisverplegingswezen (de Nederlandsche en Friesche Federaties en de Groningsche en Drenthse Bonden) het met de Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst niet over de kwestie van de klinische hulp eens konden worden. De vereenigingen voor ziekenhuisverpleging wilden de toezegging hebben, dat de klinisch-specialistische hulp tot haar terrein en niet tot dat van de ziekenfondsen behoort. Zij voerden aan, dat, als de vergoeding van de klinisch-specialistische hulp van haar naar de ziekenfondsen over zou gaan, het haar niet meer mogelijk zou zijn, om het beginsel van vrije ziekenhuiskeuze in praktijk te brengen. Immers er zouden dan steeds leden zijn, die, omdat zij geen lid van een ziekenfonds waren, genoodzaakt zouden zijn om zich op te laten nemen in een ziekenhuis, waar de kosten voor de klinisch-specialistische behandeling in de verpleegkosten verdisconteerd zijn.

Verder bleek het de bedoeling van de Maatschappij te zijn, dat de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging slechts diegenen van haar leden, die tevens lid van een ziekenfonds waren, tegen een bedrag van f 1,— per ziel per jaar voor de klinisch-specialistische hulp zouden „herverzekeren”. Mocht er in een bepaalde streek geen ziekenfonds werken, dan zou de Maatschappij alleen die leden van een vereeniging voor ziekenhuisverpleging, wier inkomen beneden den welstandsgrens van een naburig ziekenfonds lag, in de voorgestelde regeling opnemen. Diegenen, wier inkomen boven de welstandsgrens van het ziekenfonds lag, werden niet in de regeling betrokken en moesten derhalve zelf in de kosten van de klinisch-specialistische hulp voorzien.

Ook dit voorstel bleek onoverkomelijke bezwaren met zich mede te brengen, want uit de aanvaarding zou volgen, dat er ook bij de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging, zij het langs een omweg, een welstandsgrens ingevoerd zou moeten worden. Verder zouden de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging op haar leden dwang uit moeten oefenen om ook lid van een ziekenfonds te worden.

Het is duidelijk, dat de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging met een dergelijke regeling het paard van Troje zouden hebben binnengehaald. Op zichzelf zou de toestand, dat er naast een vereeniging voor ziekenhuisverpleging een ziekenfonds werkte, dat ook de klinisch-specialistische hulp vergoedde, reeds tot moeilijkheden over en weer aanleiding moeten geven.

De Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst wenschte echter haar principe, dat alle geneeskundige hulp (ook de klinisch-specialistische) bij de ziekenfondsen thuis behoort, niet prijs te geven, omdat zij vreesde, dat er anders personen zouden zijn die zich wel tegen de kosten van ziekenhuisverpleging en klinische hulp zouden verzekeren, maar niet tegen die van huisartsenhulp, en dat hierdoor de huisartsen dikwijls met dubieuze debiteuren te maken zouden krijgen.

Zoo begrijpt men, dat bij een regeling, welke oogenschijnlijk geheel buiten de vraag staat, bij welke organisatie de klinisch-specialistische hulp thuis behoort, juist deze vraag naar voren gebracht is en ook, dat op deze klip de besprekingen gestrand zijn. Dit blijkt ook duidelijk uit een verklaring, welke, namens de Friesche Federatie, op een der laatste vergaderingen door den secretaris werd afgelegd. Deze luidde :

„Intusschen moge ik U als mijn standpunt mededeelen, dat ik mij met de voorgestelde gedragslijn niet kan vereenigen.

De klinisch-specialistische hulp behoort tot de taak der vereenigingen voor ziekenhuisverpleging. Een der principes van den arbeid der vereenigingen is de vrije ziekenhuiskeuze. Zonder klinisch-specialistische hulp is — het schijnt noodig dit telkens weer te herhalen — dit onmogelijk.

Onzerzijds bestaat er geen bezwaar om aan de ziekenfondsen het mogelijk te maken, ook de klinisch-specialistische hulp te verzorgen, wanneer dit onderdeel afzonderlijk wordt geadminiistreerd en het verboden wordt de ziekenfondsleden bij statuten te verplichten om ook voor dat onderdeel zich bij het ziekenfonds te verzekeren. Vereenigingen, die het ziekenfondswerk

willen betreden, kunnen dit slechts doen, wanneer voor beide onderdeelen afzonderlijke administraties worden ingericht en het lidmaatschap der vereenigingen niet tevens verplicht om zich ook voor het ziekenfondswerk te verzekeren.

Ziekenfondsen en vereenigingen zullen zich dan onbelemmerd kunnen ontwikkelen. Beiden hebben dan een eerlijke kans. En ik meen, dat moeilijkheden dan buitengesloten zullen zijn."

Het antwoord van de Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst op deze verklaring was kort en bondig : „Onaanvaardbaar."

Als men zich objectief tegenover deze zaak stelt, zal men tot de conclusie moeten komen, dat de eisch van de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging alleszins billijk en rechtvaardig is. Indien er geen scheiding tusschen de terreinen van werkzaamheid van ziekenfondsen en vereenigingen voor ziekenhuisverpleging bestaat, dan is het gevaar niet denkbeeldig, dat de eersten zich ten koste van de tweeden van het terrein van de ziekenhuisverpleging meester zullen maken. Dit beteekent achteruitgang, want als de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging genoodzaakt worden om te verdwijnen, zullen vele personen, wier inkomen slechts even boven de welstandsgrens van een ziekenfonds ligt, niet in de gelegenheid zijn om zich onderling tegen de kosten van ziekenhuisverpleging te verzekeren, waardoor zij of onverzekerd blijven, of genoodzaakt worden zich bij een dikwijls veel duurdere, op commercieele basis staande organisatie aan te sluiten. Het behoeft geen betoog, dat de volksgezondheid daardoor niet gediend zal worden.

De conclusie moet dus zijn, dat de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging zich in een juiste houding tegenover de Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst gesteld hebben en dat het te betreuren is, dat de Maatschappij het groote nut van de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging niet heeft ingezien.

D. De verhouding van de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging tot de vakvereenigingen. In de jaren 1931 t/m 1933 is er een nauw contact tot stand gekomen tusschen de vier groote organisaties op het terrein der ziekenhuisverpleging, nl. de Nederlandsche en Friesche Federaties en de Groningsche en Drenthsche Bonden aan den eenen kant en den Algemeenen Raad ter Bevordering van het Ziekenfondswesen (waarin waren vertegenwoordigd het N.V.V., het Chr. Nat. Vakverbond en de Landelijke Federatie voor Ziekenfondsen)

en het Nederlandsch Verbond voor Ziekenkassen aan den anderen kant. De reden, welke tot dit contact geleid heeft, was gelegen in de wenschelijkheid om besprekingen te houden, ten einde te voorkomen, dat de verschillende organisaties tegen elkander indruischende adressen betreffende het Ontwerp Ziekenfondswet bij de Staten-Generaal in zouden dienen, terwijl men tevens als doelstelling had, te trachten een permanente onderlinge band tot stand te brengen.

Het was te voorzien, dat bij de te houden besprekingen zeer groote moeilijkheden naar voren zouden komen, omdat het hier in principe weer ging over een nauwkeurige afbakening van het terrein van de ziekenfondsen eenerzijds en van dat der vereenigingen voor ziekenhuisverpleging anderzijds. Dit is dan ook duidelijk gebleken uit den loop der besprekingen. Op meer ondergeschikte punten, zooals de wenschelijkheid van informatie omtrent de internationale verhoudingen op ziekenfondsgebied en de wijze, waarop propaganda voor versterking van het leekenelement op sociaal-hygiënisch gebied het best gediend kon worden, kwam men vrij spoedig tot overeenstemming. Nadat men ongeveer een jaar over deze minder belangrijke punten beraadslaagd had, werd weer het hoofddoel, zooals dat hierboven weergegeven is, ter sprake gebracht. Aangezien men het daarover in de groote commissie niet eens kon worden, werd een kleine studie-commissie gevormd, welke na eenigen tijd concludeerde :

- a. dat het noodzakelijk wordt geacht, dat zoowel ziekenfondsen als ziekenhuisverplegingsvereenigingen samenwerking zoeken in één organisatie ;
- b. dat zoolang dit niet is bereikt, de afbakening van beider terrein zal zijn vervat in de volgende zes punten :
 1. dat wordt vastgesteld, dat de ziekenhuisverpleging zonder klinische hulp, onbetwist het terrein is voor de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging en dat voor alle verzekerden ;
 2. dat de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging vrij zijn, de beter gesitueerden tegen klinische hulp te verzekeren ;
 3. dat zoowel ziekenhuisverplegingsfondsen als ziekenfondsen over en weer hunne verzekerden kunnen herverzekeren voor klinische hulp ;
 4. dat in plaatsen, waar geen ziekenfonds bestaat, de vereeniging voor ziekenhuisverpleging vrij is in haar bemoeiingen ;

5. dat in plaatsen, waar zoowel ziekenfondsen als vereenigingen voor ziekenhuisverpleging bestaan, beide vereenigingen op de meest loyale en kameraadschappelijke wijze zullen samenwerken ;
6. dat in plaatsen, waar geen vereeniging voor ziekenhuisverpleging bestaat, de ziekenfondsen vrij zijn in hun bemoeiingen."

Het is duidelijk, dat de genoemde studie-commissie dus in den grond der zaak weer hetzelfde wil, wat ook de Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst beoogt, nl. de klinische hulp bij de ziekenfondsen onder te brengen. De vereenigingen voor ziekenhuisverpleging moeten zich volgens de conclusie, wenschen zij samenwerking, een groot offer getroosten, nl. erkennen, dat zij, althans voor zoover het haar leden aangaat, die tevens lid van een ziekenfonds zijn (zie punten 1 en 2), afstand doen van het recht om de klinisch-specialistische hulp te verstrekken.

Het was te verwachten, dat zij op een dergelijke basis haar medewerking niet verleenzen zouden. Dit is ook geschied. In de laatste vergadering van de groote commissie is namens de Groningsche en Friesche provinciale organisaties van ziekenhuisverplegingsvereenigingen de volgende verklaring afgelegd :

„De kleine commissie heeft in haar eerste conclusie de noodzakelijkheid van samenwerking in één organisatie van ziekenfondsen en vereenigingen voor ziekenhuisverpleging uitgesproken en in haar tweede conclusie de wijze van afbakening der grenzen tusschen beide corporaties aangegeven, gedurende den tijd, dat zoodanig samengaan niet is bereikt.

Een strengere afbakening van grenzen dan door de commissie in het 6-tal punten is aangegeven, schijnt ons een noodzakelijke voorwaarde voor een samenwerking tusschen beide corporaties. Slechts dan, als beider terreinen zijn afgebakend op een wijze, dat botsing van belangen zal zijn uitgesloten, zal de voor een samengaan noodzakelijke loyale en kameraadschappelijke samenwerking mogelijk zijn en een vruchtdragende samenwerking worden bereikt.

Geheel onjuist blijven wij het achten, dat, waar scheiding van arbeidsterrein mogelijk is, twee organisaties op hetzelfde terrein arbeiden.

Ook blijven wij het op de meermalen gegeven gronden prin-

cipieel juist achten, dat niet de ziekenfondsen, doch de zonder welstandsgrens werkende vereenigingen voor ziekenhuisverpleging de volledige ziekenhuisbehandeling met inbegrip van de specialistische klinische hulp verzorgen.

Voor de in punt 5 der tweede conclusie genoemde loyale en kameraadschappelijke samenwerking achten wij aanvaarding van dit principe door Uwe commissie noodzakelijk. Wij hebben derhalve de eer Uwe commissie voor te stellen het voorgestelde principe te aanvaarden door aanvulling van de tweede conclusie met het volgende punt :

dat eveneens de klinische hulp onbetwist is het terrein van de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging, waarbij rekening houdende met wat in den loop der jaren is gegroeid, een uitzondering evenwel wordt gemaakt ten aanzien van de in de steden bestaande ziekenfondsen, voorzooveel deze de klinische hulp hunner leden in hun arbeid hebben betrokken."

De vertegenwoordigers van den Algemeenen Raad tot Bevordering van het Ziekenfondswezen konden deze conclusie niet aanvaarden, zoodat er geen andere weg open bleef, dan de contact-commissie, welke gedurende ongeveer drie jaren had bestaan, op te heffen.

Hoewel er sindsdien nog weer eenig contact geweest is tusschen den Algemeenen Raad tot Bevordering van het Ziekenfondswezen en de organisaties van de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging, bleek dit praktisch alleen hierin te bestaan, dat men elkaar over en weer geschriften zond, welke door de genoemde lichamen uitgegeven werden. Van ware samenwerking is nimmer meer sprake geweest.

HOOFDSTUK VII

DE WERKWIJZE VAN DE VEREENIGINGEN VOOR ZIEKENHUISVERPLEGING IN FRIESLAND

In dit hoofdstuk zullen behandeld worden :

1. de typen van vereenigingen voor ziekenhuisverpleging, welke men in Friesland aantreft ;
2. de reglementaire vergoedingen.

1. De typen van vereenigingen voor ziekenhuisverpleging, welke men in Friesland aantreft. — Men kent in deze provincie drie typen van vereenigingen voor ziekenhuisverpleging en wel :

- A. de „zuivere” verplegingsfondsen ;
- B. de verplegingsfondsen, die ook de klinisch-specialistische hulp vergoeden ;
- C. de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging, verbonden aan een ziekenfonds.

A. *De „zuivere” verplegingsfondsen.* Hieronder worden begrepen die vereenigingen voor ziekenhuisverpleging, welke aan haar leden slechts de kosten van verpleging bij opneming in een ziekenhuis vergoeden.

Men treft van deze fondsen nog weer twee soorten aan en wel :

a. verplegingsfondsen, ingesteld op één ziekenhuis. Deze vereenigingen voor ziekenhuisverpleging zijn opgericht door een bepaald ziekenhuis of staan met één ziekenhuis in nauw contact. Zij vergoeden slechts de opnemingskosten in het met name genoemde ziekenhuis.

b. verplegingsfondsen, die de opneming in alle ziekenhuizen vergoeden. Deze vereenigingen voor ziekenhuisverpleging, welke meer in aantal zijn dan de vorige, vergoeden aan haar

leden ook slechts de verpleegkosten, doch hebben in haar reglementen niet één bepaald ziekenhuis voor de opneming aangewezen. De vergoeding wordt gegeven bij opneming in elk willekeurig ziekenhuis. Zij verschaffen dus, in tegenstelling met de onder a genoemde fondsen, een geheel vrije ziekenhuiskeuze.

B. *De verplegingsfondsen, die ook de klinisch-specialistische hulp vergoeden.* Deze groep omvat verreweg de meeste vereenigingen voor ziekenhuisverpleging in Friesland. Hoewel zeer groote onderlinge verschillen in de werkwijze aanwezig zijn, geven zij alle vrije ziekenhuiskeuze en vrije artsenkeuze en ook alle een min of meer volledige vergoeding voor klinisch-specialistische hulp.

C. *De vereenigingen voor ziekenhuisverpleging, verbonden aan een ziekenfonds.* Hiervan kent men in deze provincie slechts enkele voorbeelden. De combinatie werkt steeds volgens het, in een vorig hoofdstuk besproken systeem, dat het ziekenfonds de klinische hulp en de aan het ziekenfonds verbonden vereeniging de verpleegkosten, geheel of gedeeltelijk (90 %), betaalt. Geen van deze fondsen legt aan zijn leden de verplichting op, dat zij zich bij de door hen beheerde vereeniging voor ziekenhuisverpleging aan moeten sluiten.

2. Overzicht van de reglementaire vergoedingen. — De reglementen van alle vereenigingen voor ziekenhuisverpleging bevatten een of meer artikelen, waarin bepaald is, welke rechten de leden hebben, als zij of hun gezinsleden in een ziekenhuis opgenomen moeten worden. Er is (meestal zeer scherp) in omschreven, welke kosten in een dergelijk geval door de vereeniging voor hen betaald zullen worden, m.a.w. welke *vergoedingen* zij bij opneming in een ziekenhuis ontvangen.

Aangezien het niet doenlijk is om de vergoedingen van elke vereeniging afzonderlijk te bespreken, dient volstaan te worden met het geven van een algemeen overzicht.

A. *Verpleegduur.* Alle vereenigingen voor ziekenhuisverpleging vergoeden een reglementair vastgesteld aantal verpleegdagen (maximum-verpleegduur). Moet iemand langer in een ziekenhuis verblijven, dan zal hij zelf de hoogere kosten bij moeten betalen. De duur van de uitkeering is dus beperkt.

De maximaal vergoede verpleegduur varieert tusschen 21 en 90 dagen per jaar. Sommige vereenigingen verstaan onder „jaar” een

kalenderjaar, andere een tijdsverloop van 365 dagen. De meeste vereenigingen stellen als maximum 28 of 30 dagen per 365 dagen of per kalenderjaar.

Eén vereeniging vergoedt een maximum-verpleegduur per geval. Dit beteekent, dat als een patiënt na korteren of langeren tijd voor een andere ziekte weer opgenomen moet worden, hij opnieuw recht op het maximum-aantal te vergoeden dagen heeft, zonder dat er tusschen de beide opnemingen een bepaalde tijd verlopen behoeft te zijn.

Bij vele vereenigingen is de maximum-verpleegduur bij opneming in het Academisch-Ziekenhuis te Groningen langer dan bij opneming in een andere inrichting.

Enkele vereenigingen vergoeden aan observatie-patiënten een maximum-verpleegduur van slechts 10 tot 14 dagen. Het begrip „observatiepatiënten” is in de reglementen dikwijls niet nader of slecht omschreven.

B. Klassen. In verreweg de meeste gevallen wordt slechts vergoeding gegeven voor de verpleging in de derde klasse. Indien iemand zich in een hoogere klasse op laat nemen, vergoedt de vereeniging slechts die kosten, welke bij opneming in de derde klasse gemaakt zouden zijn. Het verschil tusschen den besteden en den te vergoeden verpleegprijs komt dan ten laste van den patiënt. De vereenigingen voor ziekenhuisverpleging in Leeuwarden, Sneek, Harlingen, Franeker en Bolsward stellen ook de gelegenheid open om zich tegen de kosten van opneming in hoogere klassen van een ziekenhuis te verzekeren.

C. Klinisch-specialistische hulp. Alle vereenigingen van type B (blz. 68) vergoeden de klinisch-specialistische hulp tot een reglementair vastgesteld bedrag. Dit varieert tusschen f 25,— en f 50,—.

Slechts in een enkele vereeniging geldt daarnevens nog de bepaling, dat, indien iemand verpleegd wordt in een hoogere klasse dan waarvoor hij verzekerd is, hem slechts een bepaald gedeelte van het maximum-bedrag voor klinisch-specialistische hulp vergoed wordt. Bijvoorbeeld bij opneming in de tweede klasse wordt $\frac{1}{3}$ van de nota van den specialist betaald tot een maximum, dat gelijk is aan het reglementair vastgestelde maximum. Het is duidelijk, dat men deze bepaling slechts bij die vereenigingen aantreft, die uitsluitend opneming in de derde klasse vergoeden.

Niet alle vereenigingen vergoeden elke klinisch-specialistische

hulp. Zoo zijn er sommige, die zich slechts tot de kosten, verbonden aan een chirurgische behandeling, bepalen.

D. *Apothekerskosten*. Meestal worden de kosten van de geneesmiddelen, welke tijdens het verblijf in een ziekenhuis gebruikt worden, tot een onbeperkt bedrag vergoed.

E. *Radiologische behandeling en het maken van Röntgenfoto's*. Deze twee geneeskundige handelingen, hoewel in principe zeer verschillend, dienen samen te worden besproken, omdat in zeer vele reglementen het verschil tusschen beide niet duidelijk, of in het geheel niet, aangegeven wordt. Dit blijkt typisch uit de volgende bepaling, welke men dikwijls tegenkomt : „Stralenbehandeling wordt niet vergoed, tenzij voor het vaststellen der diagnose”.

Vele vereenigingen vergoeden radiologische behandeling noch het maken van Röntgenfoto's, andere alleen radiumbehandeling en dan nog slechts, indien daardoor een operatie voorkomen kan worden; weer andere vergoeden uitsluitend de gemaakte Röntgenfoto's.

Worden zoowel radiologische behandeling als het vervaardigen van Röntgenfoto's vergoed, dan varieeren de vergoedingen voor beide tusschen f 10,— en onbeperkt. Dezelfde bedragen worden voor de Röntgenfoto's, resp. radiologische (event. radium-) behandeling uitgekeerd, indien voor één van beide vergoeding wordt gegeven.

Maar, zooals gezegd, vele vereenigingen vergoeden geen van beide.

F. *Vervoer*. De vervoerkosten worden meestal slechts vergoed voor zooverre deze op de reis naar het ziekenhuis per goedkoopste, noodzakelijke gelegenheid betrekking hebben. Sommige vereenigingen betalen ook de terugreis. Een heel enkele houdt zich ten aanzien van de vervoerkosten geheel afzijdig.

G. *Poliklinisch-specialistische hulp*. Slechts enkele vereenigingen voor ziekenhuisverpleging vergoeden ook de poliklinisch-specialistische hulp meer of minder volledig. Sommige restitueeren slechts de kosten voor adenotomie tot een bepaald (f 10,—) of tot een onbeperkt bedrag ; andere de kosten voor elke poliklinische behandeling tot een bedrag, varierende tusschen f 5,— en f 25,—.

H. *Sanatorium- en gestichtsverpleging*. Bijna steeds wordt slechts vergoeding gegeven bij opneming in een ziekenhuis. Onder zieken-

huis worden dan niet verstaan : particuliere ziekeninrichtingen, inrichtingen voor physische therapie, krankzinnigengestichten, sanatoria, enz.

Slechts drie vereenigingen vergoeden ook opneming in een sanatorium gedurende den tijd van den maximaal te vergoeden verpleegduur (hier 28 en 90 dagen).

I. *Besmettelijke ziekten.* De meeste vereenigingen voor ziekenhuisverpleging konden bij navrage niet mededeelen, of zij in een gegeven geval ook de kosten, verbonden aan opneming in een barak voor besmettelijke ziekten, vergoeden zouden. Slechts enkele hebben in haar reglement duidelijk aangegeven, dat zij dit wel of niet doen.

J. *Bij-onkosten.* Meestal verstaat men hieronder alle uit de opneming voortvloeiende kosten, behalve de reeds hierboven besprokene, dus de kosten voor verbandmateriaal, narcose, gebruik van operatiezaal, gebruik van electrocardiograaf, enz.

Enkele vereenigingen bedoelen met bij-onkosten slechts de kosten van de verbandmiddelen en die wegens het gebruik van de operatiekamer.

De bij-onkosten worden vrijwel steeds vergoed en wel tot een bedrag varieerende tusschen f 10,— en onbeperkt. Slechts zeer enkele vereenigingen (behoorende tot de zuivere verplegingsfondsen) vergoeden deze niet.

K. *Enkele andere bepalingen.* Naast de bepalingen, waaruit de hierboven besproken, door de meeste vereenigingen voor ziekenhuisverpleging uitgekeerde vergoedingen voortvloeien, treft men hier en daar nog enkele bepalingen aan, welke volledigheidshalve vermeld moeten worden. Slechts bij één of twee vereenigingen zijn dusdanige bepalingen vastgesteld. Zij houden het volgende in :

1. Bij een bevalling in een ziekenhuis wordt niet de volledige, reglementair vastgestelde vergoeding uitgekeerd, doch wordt, op de een of andere wijze, daarop een korting toegepast. Een voorbeeld van zulk een korting is, dat er geen vergoeding gegeven wordt voor de verpleging en eventueel de behandeling van het in het ziekenhuis geboren kind, gedurende den tijd, dat de moeder daar post partum verblijven moet.

2. Geen vergoeding wordt gegeven, als een patiënt voor onderzoek, of omdat hij aan tuberculose lijdt, wordt opgenomen.

3. Bij opneming van een patiënt in een zenuwafdeeling wordt geen vergoeding uitgekeerd.

4. Ziekenfondsleden krijgen een zekere korting op de contributie van de vereeniging voor ziekenhuisverpleging. Deze bepaling wordt alleen gevonden bij de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging, die een ziekenfonds naast zich hebben, welk fonds óók in de klinisch-specialistische hulp voorziet. Op deze wijze wordt voorkomen, dat ziekenfondsleden, die tevens lid van een vereeniging voor ziekenhuisverpleging zijn, zich tweemaal tegen de kosten van de klinisch-specialistische hulp zouden moeten verzekeren.

5. Meermalen treft men een bepaling aan, waarin een vereeniging voor ziekenhuisverpleging de restrictie vastlegt, dat per jaar (resp. per 365 dagen) aan een persoon een bedrag wordt uitgekeerd van ten hoogste f . . . Dit bedrag blijkt steeds lager te zijn, dan het totaal van de maximum-vergoedingen.

HOOFDSTUK VIII

GEBREKEN VAN DE VEREENIGINGEN VOOR ZIEKENHUISVERPLEGING IN FRIESLAND

Alhoewel de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging in Friesland in tal van opzichten voor andere dergelijke organisaties als voorbeeld kunnen dienen en ofschoon zij in het algemeen haar werk uitnemend verrichten, mag toch niet verheeld worden, dat ook haar gebreken aankleven.

Deze gebreken zijn :

- A. geen eenheid in de wijze van vergoeding ;
- B. geen volledige verzekering ;
- C. beperkte duur van den tijd, gedurende welken de vergoedingen uitgekeerd worden ;
- D. geen contrôle op de noodzakelijkheid en den duur van de opneming in een ziekenhuis.

A. *Geen eenheid in de wijze van vergoeding.* Zooals reeds uit het vorige hoofdstuk blijkt, bestaat er geen eenheid in de wijze, waarop de verschillende vereenigingen voor ziekenhuisverpleging in deze provincie de vergoedingen toepassen. Vergoedt de eene vereeniging naast de verpleging ook de klinisch-specialistische hulp, de Röntgenfoto's en dergelijke, de andere vereeniging bepaalt zich uitsluitend tot de verplegingskosten. Zoo kan men doorgaan. Van de ruim 80 vereenigingen voor ziekenhuisverpleging in Friesland zijn er schier geen twee, die precies dezelfde vergoedingen geven.

Dit is te betreuren, omdat daardoor eenheid in het groote verband (de Federatie) ontbreekt, tengevolge waarvan dit verband zoo los blijft. Hierdoor kunnen bepaalde, belangrijke voorstellen soms niet aangenomen worden, enkel en alleen, omdat er geen eenheid ten aanzien van de vergoedingen heerscht en dus niet alle vereenigingen het belang van dergelijke voorstellen in kunnen zien. Zoo bleek b.v.

slechts een minderheid het nut en de noodzaak van geneeskundige contrôle te beseffen, terwijl de groote meerderheid er zelfs volstrekt afwijzend tegenover stond.

Het gemis aan eenheid inzake de vergoedingen komt ook daarin tot uiting, dat de vereenigingen aan haar leden verzekeringen verstrekken, uiteenlopend van zeer onvolledig tot bijna volledig. Het bleek bij nader onderzoek, zooals verwacht mocht worden, dat juist die vereenigingen, welke een zoo volledig mogelijke verzekering trachten te geven en die dientengevolge ook de zwaarste lasten dragen, wel de noodzaak van contrôle inzagen, terwijl andere, die haar leden zeer onvolledig verzekeren, van een dergelijke contrôle niets weten wilden.

Dit voorbeeld maakt duidelijk, dat zoolang er geen eenheid in de wijze van vergoeding bereikt is, de band tusschen de verschillende vereenigingen zeer los zal blijven. Dit zal zeker nadeelig werken, zoowel op het gezamenlijk optreden naar buiten, als ook op de bespreking van problemen, waarmede alle vereenigingen voor ziekenhuisverpleging te maken hebben. Het is dan ook noodzakelijk, dat er meer uniformiteit in de wijze van vergoeding komt.

Dat het aangeduide gebrek ook door het Federatie-bestuur gevoeld wordt, blijkt wel uit het feit, dat dit bezig is een uniform reglement samen te stellen. Helaas heeft de Federatie geen dwingende macht, waardoor de vrees gewettigd is, dat ondanks een uniform reglement alles bij het oude zal blijven.

B. Geen volledige verzekering. Hierboven is reeds gewezen op het feit, dat lang niet elke vereeniging voor ziekenhuisverpleging aan haar leden een volledige verzekering geeft. Zelfs zou men kunnen zeggen, dat, althans in Friesland, geen enkele ziekenhuisverplegings-vereeniging haar leden zoodanige verzekering aanbiedt. Immers voor bijna elke vergoeding is een limiet gesteld. Komt men boven deze limiet, dan moet men de meerdere kosten zelf betalen.

Dit geldt zoowel ten aanzien van den maximum-verpleegduur als van de andere vergoedingen, zooals bijvoorbeeld de kosten voor klinisch-specialistische hulp.

Het zou intusschen niet juist zijn, om te beweren, dat een vereeniging geen volledige verzekering verschaft, als, en omdat, zij aan haar vergoedingen bepaalde grenzen heeft gesteld, die niet overschreden mogen worden. Immers bij elke verzekering komt men uiteindelijk toch tot een grens, boven welke geleden schade niet ver-

goed wordt. Deze grens is bij de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging reglementair bepaald.

Anders is het echter gesteld, indien men de vergoedingen op zichzelf beschouwt. Dan heeft men wel het recht om te eischen, gezien de beginselen, volgens welke het werk der ziekenhuisverplegingsvereenigingen geleid behoort te worden, en gezien het feit, dat deze vereenigingen in de eerste plaats voor den arbeiders- en kleinen middenstand (de on- en minvermogenden) opgericht zijn, dat een vereeniging voor ziekenhuisverpleging een zoo volledig mogelijke verzekering afsluit, en derhalve gedurende den tijd, dat de patiënt in een ziekenhuis moet verblijven voor alles, wat ten behoeve van den patiënt gedaan wordt, of gedaan moet worden, een vergoeding uitkeert. Echter blijkt, dat slechts een zéér enkele vereeniging voor ziekenhuisverpleging werkelijk geheel aan dezen eisch voldoet. Bij de meeste vereenigingen voor ziekenhuisverpleging loopen de patiënten groote kans, dat zij bepaalde behandelingsmethoden zelf moeten betalen (b.v. radiologische behandeling, Röntgenfoto's, enz.).

C. Beperkte duur van den tijd, gedurende welken vergoedingen uitgekeerd worden. In tegenstelling met de ziekenfondsen, die als het ware ononderbroken hun leden diensten bewijzen, nemen de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging het standpunt is, dat er perioden zijn, gedurende welke zij haar leden geen steun verleenen kunnen. Immers alle vereenigingen voor ziekenhuisverpleging keeren slechts gedurende een bepaalden, reglementair vastgestelden tijd haar vergoedingen uit. Dit is ook begrijpelijk. Betalen de ziekenfondsen den artsen een vast bedrag per ziel per jaar, de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging betalen den arts per verrichting en de andere kosten per verpleegdag.

In den grond der zaak maakt het voor een ziekenfonds geen verschil, of er veel of weinig patiënten in een zeker jaar behandeld zijn. De grootste uitgaven zijn immers ongeveer constant. Een vereeniging voor ziekenhuisverpleging kan evenwel van te voren nooit een kostenberekening maken, omdat zij geheel afhankelijk is van het aantal patiënten, dat in een jaar opgenomen wordt. Het is dus logisch, en zelfs tot op zekere hoogte aan te bevelen, dat zij het risico zoo klein mogelijk tracht te maken. Dit is een der beweegredenen geweest, waarom men niet een onbeperkt aantal verpleegdagen vergoedt.

Is de maximaal te vergoeden verpleegdure te laag gesteld, dan is hierin een groot nadeel voor de leden gelegen. Indien de vereeniging echter met de normale gevallen rekening houdt en b.v. 30 verpleeg-

dagen aan haar leden vergoedt, dan blijkt dit in de praktijk te voldoen.

D. *Geen contrôle op de noodzakelijkheid en den duur van de opneming in een ziekenhuis.* Dit is zeker een van de grootste gebreken. Het wordt bovendien schier bij alle vereenigingen voor ziekenhuisverpleging aangetroffen. Slechts drie vereenigingen voor ziekenhuisverpleging in Friesland kennen momenteel de contrôle op de noodzakelijkheid van opneming en/of den duur daarvan.

Een vereeniging voor ziekenhuisverpleging mist de mogelijkheid om zelf de noodzakelijkheid van haar uitgaven te toetsen. Indien de behandelende arts, op welke gronden dan ook, het noodig oordeelt, dat een patiënt in een ziekenhuis opgenomen moet worden, geschiedt zulks, en de vereeniging voor ziekenhuisverpleging moet de kosten betalen. Evenmin kan zij zich een juist oordeel over den noodzakelijken duur van de verpleging vormen.

Ook kan het voorkomen, dat er voor rekening van de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging patiënten opgenomen worden, wier verpleging en behandeling even goed op kosten van een der uitvoerende organen der sociale-verzekeringswetten zou kunnen geschieden. Een vereeniging voor ziekenhuisverpleging kan er zonder medische contrôle nooit zeker van zijn, dat zij niet te veel uitgeeft, en weet evenmin of al haar uitgaven strikt noodzakelijk zijn.

Men kan gerust als vaststaande aannemen, dat het meermalen voorkomt, dat een patiënt onnoodig in een ziekenhuis opgenomen wordt, aldaar te lang verblijft, of voor rekening van de uitvoerende organen der sociale-verzekeringswetten verpleegd had kunnen worden, en dat derhalve door alle vereenigingen voor ziekenhuisverpleging te veel geld uitgegeven wordt.

HOOFDSTUK IX

VERBETERINGEN, WELKE AANGEBRACHT KUNNEN WORDEN

Het is niet moeilijk om in groote lijnen te schetsen, welke verbeteringen in de werkwijze van de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging aangebracht kunnen worden.

Het zijn :

1. de invoering van een uniform reglement ;
2. de invoering van medische contrôle.

1. De invoering van een uniform reglement. — Bij de beantwoording van de vraag, welke vergoedingen de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging aan haar leden behooren te verstrekken, moet eenerzijds gelet worden op de gebreken dezer vereenigingen, terwijl anderzijds de beginselen, volgens welke haar werk geleid dient te worden, in de wijze van vergoeding tot uitdrukking behooren te komen.

Door de invoering van een uniform reglement verdwijnt het gemis aan eenheid in de wijze van vergoeding en kan algemeene toepassing der volledige verzekering nagestreefd worden, terwijl er tevens meer kracht van het optreden in groot verband (door de Federatie) uit kan gaan.

Wil men een reglement opstellen, dat het ideale benadert, dan dient men zich er vooraf nauwkeurig rekenschap van te geven, welke vergoedingen daarin opgenomen en gewaarborgd behooren te worden en welke minimum-eischen men aan deze vergoedingen heeft te stellen. Derhalve zullen eerst de vergoedingen, in de volgorde, waarin zij in hoofdstuk VII (blz. 68 t/m 72) in het kort vermeld zijn, stuk voor stuk besproken worden.

A. Verpleegduur. Welke maximaal te vergoeden verpleegduur is de meest billijke? M.a.w. hoeveel verpleegdagen moeten vergoed worden, om een patiënt een voldoende behandeling van zijn ziekte te verzekeren ?

Het is duidelijk, dat op deze vraag geen bevredigend antwoord gegeven kan worden, tenzij de aard van de ziekte in aanmerking genomen wordt. En zelfs, indien men dit doet, is nog niet met zekerheid te zeggen, hoe lang voor een bepaalden patiënt de verpleging en behandeling in een ziekenhuis noodig zijn. Beide zijn niet alleen afhankelijk van den toestand van den patiënt, maar evenzeer van het milieu, waarin hij, na het ontslag uit het ziekenhuis, weer terugkeert. Het is dus noodig, dat men bij de beantwoording van de hierboven gestelde vraag de noodige reserve in acht neemt. Wil men echter den patiënt een zoo volledig mogelijke verzekering waarborgen, dan mag de maximaal te vergoeden verpleegduur zeker niet te laag gesteld worden. In veel gevallen zal men met een verpleegduur van 21 dagen gemakkelijk uit kunnen komen, doch dikwijls zal deze verpleegduur belangrijk te kort zijn, vooral als er aan een chirurgisch ingrijpen een intern onderzoek vooraf moet gaan. De maximaal te vergoeden verpleegduur zal dan ook minstens 30 dagen behooren te bedragen.

Echter leert de statistiek van de vereeniging voor ziekenhuisverpleging in Leeuwarden, dat in 1937 bij 33 van de 145 opgenomen patiënten de verpleegduur langer dan 30 dagen was. Dit kwam dus bij ruim 20 % der ziektegevallen voor. Hoewel de vermelde getallen te klein zijn om er verstrekkende conclusies uit te trekken, blijkt er toch wel uit, dat voor een gedeelte der lijdens een verpleegduur van 30 dagen nog te kort is. Het verdient derhalve overweging, om de gelegenheid open te stellen, dat personen, die zich voor een langeren maximum-verpleegduur wenschen te verzekeren, daartoe in de gelegenheid gesteld worden, zij het dan uiteraard tegen betaling van een hoogere contributie.

Tot nog toe is gesproken over den maximaal te vergoeden verpleegduur in het algemeen. Er is echter één groep van patiënten, die in dit verband bijzondere aandacht vraagt, en wel die der observatiepatiënten. Hieronder verstaat men patiënten, die in een ziekenhuis opgenomen worden voor het stellen van de diagnose en zulke, die voor het vaststellen van een diët of van een bepaalde behandelingswijze in een ziekenhuis moeten verblijven. In het algemeen zijn dit dus patiënten, die onder behandeling zijn van een internist of neuroloog. In verreweg de meeste gevallen geschiedt de opneming ingevolge een consult en dient het onderzoek terwille van de diagnose. Een maximum-verpleegduur van 14 dagen is dan meestal voldoende, omdat, zoodra de diagnose gesteld is, de patiënten weer naar huis terugkeeren, of onder behandeling van een anderen specialist (in de

meeste gevallen een chirurg) gesteld worden. Voor observatie-patiënten, die ter vaststelling van een bepaalde behandelingswijze in een ziekenhuis moeten opgenomen worden (b.v. voor het reguleeren van het diët bij lijders aan diabetes), is een termijn van 14 dagen dikwijls te kort.

Om te voorkomen, dat observatie-patiënten te lang in een ziekenhuis blijven zouden, verdient het aanbeveling om voor deze groep de maximaal te vergoeden verpleegduur op 14 dagen te stellen. Het valt niet te ontkennen, dat door een dergelijke bepaling onbillijkheden kunnen rijzen. Deze kunnen slechts voorkomen worden, door de mogelijkheid open te laten, dat, indien behandeling in het ziekenhuis noodzakelijk blijkt, verlenging door het bestuur toegestaan kan worden, en wel op advies van een controleerenden geneesheer, of, indien een vereeniging niet over de diensten van een dergelijken functionaris beschikt, op advies van een specialist.

De totale te vergoeden verpleegduur zal uit den aard der zaak den reglementair voor de overige patiënten vastgestelden duur niet overschrijden mogen.

De bepaling omtrent den verpleegduur, welke in een reglement voor een vereeniging voor ziekenhuisverpleging opgenomen behoort te worden, zou als volgt kunnen luiden :

De maximum-verpleegduur, welke vergoed wordt, bedraagt 30 dagen per 365 dagen, in elk ziekenhuis, volgens keuze van den patiënt. Voor observatie-patiënten worden echter ten hoogste 14 verpleegdagen per 365 dagen vergoed.

Onder observatie-patiënten worden verstaan personen, die in een ziekenhuis onder behandeling zijn van een internist of neuroloog, hetzij voor het stellen eener diagnose, hetzij ter vaststelling van een diët of van een bepaalde behandelingswijze ¹⁾ (en verder zij, die volgens het oordeel van den controleerenden geneesheer als observatie-patiënten beschouwd dienen te worden). ²⁾

Aan lijders aan suikerziekte kan gedurende een langeren termijn ver-

¹⁾ Een betere definitie is : onder observatie-patiënten worden verstaan personen, die in een ziekenhuis *onder observatie van een specialist zijn*, hetzij voor het stellen eener diagnose, hetzij ter vaststelling van een diët of van een bepaalde behandelingswijze. Aangezien echter het bestuur van een vereeniging voor ziekenhuisverpleging niet kan beoordeelen, in welk geval iemand als observatie-patiënt beschouwd moet worden, is de taalkundig minder juiste definitie opgenomen.

²⁾ Zoowel hier, als in het vervolg kunnen de tusschen haakjes geplaatste woorden uiteraard slechts in een reglement opgenomen worden, als aan de vereeniging een controleerende geneesheer verbonden is.

goeding gegeven worden (hetgeen op advies van den controleerenden geneesheer, of indien de vereeniging niet over een dergelijken functionaris beschikt, op advies van den behandelenden specialist, bij uitzondering ook ten aanzien van andere observatie-patiënten geschieden kan). Nimmer wordt vergoeding gegeven voor een tijdsverloop langer dan 30 dagen per 365 dagen.

Diengenen, die zich voor maximaal 60 dagen per 365 dagen willen verzekeren, wordt daartoe tegen betaling van de dubbele contributie de gelegenheid gegeven.

Zooals reeds in een vorig hoofdstuk gezegd is, zijn er verscheidene vereenigingen, die bij opneming in het Academisch Ziekenhuis te Groningen meer verpleegdagen vergoeden, dan bij opneming in een ander ziekenhuis. Men is hierbij uitgegaan van de redeneering, dat, aangezien in het Academisch Ziekenhuis alle kosten in den verpleegprijs verdisconteerd zijn, het voor de vereeniging belangrijker voordeeliger is, als de patiënten in dat ziekenhuis opgenomen worden. Men geeft dus aan den patiënt, als dank voor de mindere kosten, die hij voor de vereeniging maakt, recht op een langeren verpleegduur. Dit standpunt is evenwel niet geheel juist. Omdat een vereeniging voor ziekenhuisverpleging een geheel vrije ziekenhuis- en artsenkeuze behoort te waarborgen, mag voor een bepaald ziekenhuis geen langere verpleegduur vergoed worden. Dit zou immers in bepaalde gevallen den schijn kunnen wekken, dat vrije ziekenhuis- en artsenkeuze niet aanwezig is. Juist op grond van het beginsel der vrije ziekenhuis- en artsenkeuze, dient de maximum-verpleegduur voor alle ziekenhuizen gelijk te zijn, en de eventueel daaruit voortvloeiende geldelijke voordeelen hebben de vereenigingen eenvoudig in dank te aanvaarden.

Men kan echter met recht een ander standpunt hier tegenover stellen. Een Academisch Ziekenhuis neemt met betrekking tot de andere ziekenhuizen immers een eenigszins uitzonderlijke positie in, omdat het als inrichting van onderwijs voor de opleiding van artsen van groote beteekenis is. Men moet het als een algemeen belang beschouwen, en ook als een belang voor de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging, dat de opleiding der aanstaande artsen zoo goed mogelijk is. Hieruit volgt, dat, hoe meer patiënten in een Academisch Ziekenhuis opgenomen worden, hoe beter de opleiding tot haar recht kan komen. Het is dan ook niet onbillijk, dat de patiënten, tegenover de nadeelen van een Academisch Ziekenhuis (herhaaldelijk onderzoek), een voordeel in den vorm van vergoeding van een grooter aantal verpleegdagen krijgen.

Welk standpunt indezen als het meest juiste beschouwd moet worden, is moeilijk uit te maken.

B. Klassen. Voor het platteland is een verzekering tegen de kosten van ziekenhuisverpleging in de derde klasse voldoende. De personen, voor wie de vereenigingen toch in de eerste plaats werken, behooren tot den arbeiders- en kleinen middenstand.

Zooals gezegd, bestaan er in verschillende steden vereenigingen, die ook voor opneming in een hoogere klasse verzekeren, natuurlijk tegen betaling van een hoogere contributie. Hiertegen is geen enkel bezwaar in te brengen.

Indien iemand zich op wil laten nemen in een hoogere klasse dan waarvoor hij verzekerd is, dan behoort hij het verschil tusschen den besteden en den te vergoeden verpleegprijs zelf te betalen.

Het is wenschelijk om in de reglementen ook vast te leggen, hoe groot het hoogste bedrag is, dat voor de verpleegkosten gerestitueerd wordt. Dit bedrag moet dan bepaald worden naar gelang van de tarieven der ziekenhuizen, waarop de streek, in welke de vereeniging voor ziekenhuisverpleging werkt, aangewezen is. Anders is de mogelijkheid niet buitengesloten, dat, daar de verpleegprijs in de verschillende ziekenhuizen nogal sterk uiteenloopt, onbillijkheden voorkomen.

Bij de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging op het platteland moet dus de volgende bepaling in het reglement opgenomen worden :

Vergoed worden slechts de verpleegkosten van de derde klasse van een ziekenhuis tot een maximum-bedrag van f per dag.

Wenscht iemand zich in een hoogere klasse te laten verplegen, of in een ziekenhuis met een hooger dagverpleegprijs voor de derde klasse, dan komt het verschil tusschen den besteden en den te vergoeden verpleegprijs geheel ten laste van den patiënt.

C. Klinisch-specialistische hulp. Omdat een vereeniging voor ziekenhuisverpleging aan haar leden een zoo volledig mogelijke verzekering behoort te geven, is het noodig, dat zij boven de kosten, aan de verpleging verbonden, ook elke klinisch-specialistische hulp vergoedt. Het maximum-bedrag, dat vergoed wordt, behoort uit den aard der zaak niet te laag gesteld te worden, omdat de specialisten anders nogal eens nota's in zullen dienen, welke hooger zijn, dan de vergoeding bedraagt. Een te laag maximum-bedrag heeft tengevolge, dat èn de verzekering niet zoo volledig mogelijk is, èn dat de specialist nogal eens met dubieuze debiteuren te maken zal krijgen. Indien het te ver-

goeden bedrag niet te laag is, beteekent dat voor de specialisten een groot voordeel, omdat zij hierdoor in het algemeen van een billijke honoreering verzekerd zijn. In de praktijk is gebleken, dat in Friesland in den regel een maximum-bedrag van f 50,— voor de vergoeding van specialistische hulp voldoende is. Dit bedrag kan voor de behandeling van observatie-patiënten, die slechts 14 dagen in een ziekenhuis verblijven, ook weer voorzooveel het Friesland aangaat, gevoegelijk op f 30,— gesteld worden.

Indien iemand zich in een hogere klasse laat verplegen dan waarvoor hij verzekerd is, eischt de billijkheid, dat hem slechts een gedeelte van de nota van den specialist terugbetaald wordt. De specialist houdt uit den aard der zaak rekening met den welstand van den patiënt en declareert dus voor een tweede-klasse-patiënt een hooger bedrag dan voor een derde-klasse-patiënt.

Een bepaling betreffende de klinisch-specialistische hulp behoort dan ook te luiden :

Elke klinisch-specialistische hulp wordt vergoed, met dien verstande, dat het maximum-bedrag, dat daarvoor wordt uitgekeerd, voor observatie-patiënten f 30,— en voor alle andere patiënten f 50,— bedraagt.

Iemand, die zich in een hogere klasse laat verplegen dan waarvoor hij verzekerd is, krijgt van de doktersnota en alle andere kosten (hieronder ook begrepen de vervaardiging van Röntgenfoto's. radiologische behandeling, apothekerskosten, enz.) een gedeelte vergoed, dat aangegeven wordt door een breuk, waarvan de teller gelijk is aan den te vergoeden en de noemer aan den besteden verpleegprijs, tot een maximum van f 50,—. Ten aanzien van andere kosten wordt op overeenkomstige wijze gehandeld.

Bijvoorbeeld : iemand, die verzekerd is voor een verpleegprijs van f 2,75 per dag en die zich laat verplegen voor f 4,— per dag, krijgt van de dokterskosten een bedrag vergoed gelijk aan $\frac{275}{400}$ van de doktersnota tot een maximum van f 50,—.

D. Apothekerskosten. Deze behooren geheel te worden vergoed. Het is niet noodig om hiervoor een maximum-bedrag vast te stellen, omdat de bedragen in het algemeen laag zullen zijn.

De desbetreffende bepaling luidt dus :

De kosten van geneesmiddelen, welke tijdens het verblijf in het ziekenhuis gebruikt worden, worden geheel vergoed.

E. Radiologische behandeling en vervaardiging van Röntgenfoto's. Wil een vereeniging voor ziekenhuisverpleging aan haar leden een zoo volledig mogelijke verzekering verschaffen, dan behoort zij zeker ook

de radiologische behandeling te vergoeden, temeer omdat deze een belangrijk onderdeel van de moderne therapie uitmaakt. Het is niet gewenscht een maximum-bedrag vast te stellen, omdat deze therapie dikwijls vrij kostbaar is en soms herhaaldelijk toegepast moet worden.

Het behoeft voor de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging geen bezwaar te zijn, om voor de radiologische behandeling geen maximum bedrag vast te stellen, omdat het aantal patiënten, dat deze behandeling moet ondergaan, klein is, waardoor deze post de totale uitgaven slechts weinig zal verhoogen.

De Röntgendiagnostiek heeft in de laatste decennia een belangrijke plaats veroverd en het is dikwijls niet mogelijk, om zonder dit hulpmiddel tot een goede diagnose te komen. Het is dan ook zeker als een plicht van de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging te beschouwen, dat zij den patiënten de kosten, verbonden aan een Röntgenologisch onderzoek, geheel vergoeden. Ook hier is het niet juist een maximum-bedrag te stellen, omdat de kosten bij verschillende afwijkingen sterk uiteen kunnen loopen. Wordt een maximum-bedrag vastgesteld, dan zal dit in bepaalde gevallen zeker nadeel voor den patiënt op kunnen leveren, omdat de mogelijkheid bestaat, dat noodzakelijke onderzoekingen achterwege blijven, als de patiënt de daaraan verbonden meerdere kosten niet betalen kan.

Elk reglement behoort dus de bepaling te bevatten :

Radiologische behandeling en de kosten wegens toepassing der Röntgendiagnostiek worden tot een onbeperkt bedrag vergoed.

F. *Vervoer*. Meestal wordt slechts vergoed het vervoer, per goedkoopste noodzakelijke gelegenheid, naar het ziekenhuis. Hoewel volgens het beginsel van een zoo volledig mogelijke verzekering ook de terugreis vergoed zou moeten worden, kan er geen enkel bezwaar tegen ingebracht worden om zulks niet te doen, mits voor bijzondere gevallen, b.v. als een ziekenauto gebruikt moet worden, een uitzondering gemaakt wordt. Wel is het wenschelijk een bepaald maximum-bedrag vast te stellen. Dit behoort dan te zijn het bedrag, dat benoodigd is om den patiënt per duurste gelegenheid, dus per ziekenauto, te vervoeren en wel van huis naar een ziekenhuis, dat voor opname in aanmerking komt. Dit is noodig om te voorkomen, dat iemand, die zich in een ver afgelegen ziekenhuis laat opnemen, de vereeniging op abnormaal hooge kosten kan drijven.

Een desbetreffende bepaling luidt als volgt :

De vervoerkosten worden vergoed, voorzover deze op het vervoer naar het ziekenhuis per goedkoopste noodzakelijke gelegenheid betrekking hebben, tot een maximum-bedrag van f In bijzondere gevallen kan (op advies van den controleerden geneesheer) ook de terugreis per speciale gelegenheid vergoed worden.

G. *Poliklinische hulp*. Reeds in een vorig hoofdstuk is besproken, dat de verstrekking van poliklinische hulp niet bij een vereeniging voor ziekenhuisverpleging thuis hoort en dat het dus niet op haar weg ligt deze te vergoeden.

H. *Sanatorium- en gestichtsverpleging*. Met de vergoeding voor sanatoriumverpleging, opneming in rusthuizen en dergelijke inrichtingen behoeft een vereeniging voor ziekenhuisverpleging zich niet in te laten. In de eerste plaats niet, omdat zij daarmede een terrein zou betreden, dat niet het hare is, doch, althans wat de verzekering tegen de kosten van sanatoriumverpleging betreft, dat van de onderlinge vereenigingen, die zich daarmede belasten. In de tweede plaats valt de verpleging in gestichten, sanatoria en rusthuizen buiten het kader der vereenigingen voor ziekenhuisverpleging, omdat de verpleegduur meestal zoo lang is, dat een vergoeding, welke deze vereenigingen gedurende betrekkelijk korten tijd (maximaal b.v. 30 dagen) uit zouden keeren, geen noemenswaardige verlichting van kosten voor den patiënt beteekent. Daarentegen zou de opneming van een patiënt in een sanatorium of rusthuis voor een vereeniging voor ziekenhuisverpleging zeer belangrijke, ja te groote uitgaven medebrengen.

Het is dus niet noodig en — gezien haar opzet en werkwijze — ook niet mogelijk, dat een vereeniging voor ziekenhuisverpleging de kosten wegens sanatoriumverpleging, of wegens daarmede op één lijn te stellen verpleging, vergoedt.

I. *Besmettelijke ziekten*. De vergoeding van kosten wegens opneming van een lijder aan een besmettelijke ziekte behoort ook niet tot de bemoeienis van de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging. Immers is, althans in verreweg de meeste gevallen, de reden voor opneming niet de omstandigheid, dat zulke patiënten niet thuis verpleegd kunnen worden, evenmin het feit, dat de ziekte als zoodanig niet gediagnostiseerd kan worden, doch veelmeer de overweging, dat de lijder voor de gemeenschap een gevaarlijk persoon is. Hieruit volgt dus, dat het de taak der gemeenschap (in dit geval de taak der gemeente)

is, om zorg te dragen voor verpleging en wel op een plaats, waar de besmettelijke personen geen gevaar voor anderen kunnen opleveren. Derhalve kan men het ook als de taak der gemeente beschouwen, om de daaruit ontstane kosten te vergoeden.

De vereenigingen voor ziekenhuisverpleging behoeven dus in dezen geen verplichtingen op zich te nemen.

Evenwel moet met een moeilijkheid rekening gehouden worden. De Besmettelijke-Ziektenwet geeft aan de overheid het recht, en legt haar dikwijls zelfs den plicht op, om de lijders aan besmettelijke ziekten in een daarvoor bestemde barak te doen opnemen. Bovendien heeft zij het recht om de verpleegkosten geheel of gedeeltelijk op den patiënt of diens familieleden te verhalen (art. 21). Hierdoor is het mogelijk, dat de verpleegde, of diens familie, zich in een dergelijk geval tot de vereeniging voor ziekenhuisverpleging om steun zal wenden. Niettemin nemen deze vereenigingen een juist standpunt in, als zij op een dergelijk verzoek niet ingaan, zoowel omdat vergoeding der kosten, verbonden aan de opneming wegens een besmettelijke ziekte niet tot het terrein van de vereeniging voor ziekenhuisverpleging behoort, als ook, omdat een epidemie op een vereeniging voor ziekenhuisverpleging zeer zware, zelfs onoverkomelijke lasten zou kunnen leggen.

J. Bij-onkosten. Onder bij-onkosten behoort men te verstaan alle kosten, welke ten behoeve van een patiënt in een ziekenhuis gemaakt worden, voorzooverre zij niet onder de hierboven omschreven vergoedingen vallen. Onder bij-onkosten worden niet begrepen de uitgaven voor aan patiënten verstrekte gebruiksartikelen, zooals sponzen en dergelijke, omdat de patiënt deze ook van huis mede kan nemen. Alle bij-onkosten behooren door de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging vergoed te worden, zonder dat daarvoor een maximum-bedrag wordt vastgesteld.

K. Enkele andere bepalingen. 1. Het is niet onbillijk, dat er bij een bevalling in een ziekenhuis geen volledige vergoeding uitgekeerd wordt. Het gezin zou zich thuis toch ook eenige uitgaven hebben te getroosten, zoowel in den vorm van huisartsenhulp, als in den vorm van kraamhulp. Indien een vereeniging voor ziekenhuisverpleging bij bevalling in een ziekenhuis geen korting toe zou passen, is het gevaar niet denkbeeldig, dat zwangeren er te spoedig toe over zouden gaan, om den partus in een ziekenhuis door te maken. Dienten-

gevolge zou een vereeniging voor ziekenhuisverpleging zeker onnoodige uitgaven doen.

De vorm, waarin deze korting op de volledige vergoeding toegepast kan worden, kan uit den aard der zaak verschillend zijn. Een bepaling, welke ernstige overweging verdient, is wel de volgende :

Indien een bevalling in een ziekenhuis plaats vindt, wordt geen vergoeding gegeven voor de kosten wegens verpleging van het in het ziekenhuis geboren kind, gedurende den tijd, dat de moeder daar na de bevalling moet verblijven.

2. Het is billijk, dat, indien er naast een zelfstandige vereeniging voor ziekenhuisverpleging een ziekenfonds werkzaam is, dat aan zijn leden ook de klinisch-specialistische hulp vergoedt, de leden van dit fonds een zekere korting op de contributie krijgen, ten einde op deze wijze te voorkomen, dat zij zich tweemaal tegen de kosten van de klinisch-specialistische hulp zouden moeten verzekeren.

3. De bepaling, welke in sommige reglementen voorkomt, dat aan patiënten, die in een zenuwafdeeling van een ziekenhuis opgenomen worden, geen vergoeding gegeven wordt, verdient strenge afkeuring. Het is duidelijk, dat hierdoor geen verschil tusschen neurologische en psychiatrische patiënten gemaakt wordt. Er schuilt een groote onbillijkheid in, dat iemand, die lijdende is aan een neurologische aandoening, welke toch als een lichamelijke ziekte beschouwd moet worden, bij ziekenhuisopneming geen vergoeding zou ontvangen.

4. In nog sterkere mate onbillijk is de bepaling, dat aan tuberculose-lijdens geen vergoeding gegeven wordt. De vraag mag hier gesteld worden, hoe het bestuur van een vereeniging voor ziekenhuisverpleging met zekerheid zou kunnen en mogen vaststellen, dat een patiënt aan tuberculose lijdt. Een dusdanige bepaling behoort dan ook in een reglement van een vereeniging voor ziekenhuisverpleging niet thuis.

5. Om te voorkomen, dat de leden meenen ook recht op poliklinische behandeling te hebben, is het noodig, dat uit de reglementen nauwkeurig blijkt, wat onder opneming verstaan wordt. Men zou dit als volgt kunnen bereiken :

De vastgestelde vergoedingen kunnen aan een lid of diens gezinsleden slechts verstrekt worden, indien de patiënt gedurende tenminste 24 achtereenvolgende uren in een ziekenhuis verblijf heeft gehouden. Echter worden de vergoedingen ook verstrekt, indien de patiënt binnen 24 uur na de opneming in het ziekenhuis mocht overlijden.

L. *Ontwerp-Reglement*. De samenvatting van de gehouden uiteenzettingen leidt tot de opstelling van een reglement voor de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging, dat aangaande de vergoedingen de onderstaande bepalingen bevat. Hierbij dient wel in het oog gehouden te worden, dat in deze bepalingen alleen minimum-eischen gesteld zijn.

1. *Over den verpleegduur.*

De maximum-verpleegduur, welke vergoed wordt, bedraagt 30 dagen per 365 dagen, in elk ziekenhuis, volgens keuze van den patiënt. Voor observatie-patiënten worden echter ten hoogste 14 verpleegdagen per 365 dagen vergoed.

Onder observatie-patiënten worden verstaan personen, die in een ziekenhuis onder behandeling zijn van een internist of neuroloog, hetzij voor het stellen eener diagnose, hetzij ter vaststelling van een diët of van een bepaalde behandelingswijze (en verder zij, die volgens het oordeel van den controleerenden geneesheer als observatie-patiënten beschouwd dienen te worden.)

Aan lijders aan suikerziekte kan gedurende een langeren termijn vergoeding gegeven worden (hetgeen op advies van den controleerenden geneesheer, of indien de vereeniging niet over een dergelijken functionaris beschikt, op advies van den behandelenden specialist, bij uitzondering ook ten aanzien van andere observatie-patiënten geschieden kan).

Nimmer wordt vergoeding gegeven voor een tijdsverloop langer dan 30 dagen per 365 dagen.

Diengenen, die zich voor maximaal 60 dagen per 365 dagen willen verzekeren, wordt daartoe tegen betaling van de dubbele contributie gelegenheid gegeven.

2. *Over de klassen.*

Vergoed worden slechts de verpleegkosten van de derde klasse van een ziekenhuis tot een maximum-bedrag van f. . . . per dag.

Wenscht iemand zich in een hoogere klasse te laten verplegen, of in een ziekenhuis met een hooger dagverpleegprijs voor de derde klasse, dan komt het verschil tusschen den besteden en den te vergoeden verpleegprijs geheel ten laste van den patiënt.

3. *Over de klinisch-specialistische hulp.*

Elke klinisch-specialistische hulp wordt vergoed, met dien

verstande, dat het maximum-bedrag, dat daarvoor wordt uitgekeerd voor observatie-patiënten f 30,— en voor alle andere patiënten f 50,— bedraagt.

4. *Over de apothekerskosten.*

De kosten van geneesmiddelen, welke tijdens het verblijf in het ziekenhuis gebruikt worden, worden geheel vergoed.

5. *Over de radiologische behandeling en de Röntgendiagnostiek.*

Radiologische behandeling en de kosten wegens toepassing der Röntgendiagnostiek worden tot een onbeperkt bedrag vergoed.

6. *Over het vervoer.*

De vervoerkosten worden vergoed, voorzover deze op het vervoer naar het ziekenhuis per goedkoopste noodzakelijke gelegenheid betrekking hebben, tot een maximum-bedrag van f . . . In bijzondere gevallen kan (op advies van den controleerenden geneesheer) ook de terugreis per speciale gelegenheid vergoed worden.

7. *Over de bij-onkosten.*

Alle bij-onkosten worden tot een onbeperkt bedrag vergoed. Onder bij-onkosten worden verstaan alle kosten, welke ten behoeve van den patiënt in een ziekenhuis worden gemaakt, voorzover zij niet vallen onder de hierboven omschreven vergoedingen.

8. *Slotbepalingen.*

a. Niet vergoed worden :

1. de kosten voor opneming in sanatoria, krankzinnigengeestichten, particuliere ziekenhuizen en dergelijke ;
 2. de kosten voor opneming in een barak voor besmettelijke ziekten ;
 3. de kosten voor poliklinisch-specialistische behandeling.
- b. Indien een bevalling in een ziekenhuis plaats vindt, wordt geen vergoeding gegeven voor de kosten wegens verpleging van het in het ziekenhuis geboren kind, gedurende den tijd, dat de moeder daar na de bevalling moet verblijven.
- c. Iemand, die zich in een hogere klasse laat verplegen dan waarvoor hij verzekerd is, krijgt van de doktersnota en alle andere kosten (hieronder ook begrepen de vervaardiging van Röntgenfoto's, radiologische behandeling, apothekerskosten, enz.) een gedeelte vergoed, dat aangegeven wordt door een

breuk, waarvan de teller gelijk is aan den te vergoeden en de noemer aan den besteden verpleegprijs, tot een maximum van f 50,—. Ten aanzien van andere kosten wordt op overeenkomstige wijze gehandeld.

- d. De vastgestelde vergoedingen kunnen aan een lid of diens gezinsleden slechts verstrekt worden, indien de patiënt gedurende tenminste 24 achtereenvolgende uren in een ziekenhuis verblijf heeft gehouden. Echter worden de vergoedingen ook versterkt, indien de patiënt binnen 24 uur na de opneming in het ziekenhuis mocht overlijden.

2. De invoering van medische contrôle. — Reeds in het vorige hoofdstuk is in het kort aangegeven, welke de oorzaken zijn, dat de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging soms meer geld uitgeven dan strikt genomen noodig is. Het verdient aanbeveling de drie genoemde punten breeder te bespreken, opdat het duidelijk worde, dat de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging thans op een te grooten voet leven en dat medische contrôle ook uit financieel oogpunt als noodzakelijk te beschouwen is. De drie punten waren :

- A. de vraag, of de opneming van een verzekerde wel steeds op grond van noodzakelijkheid geschiedt ;
- B. de vraag, of patiënten te lang in een ziekenhuis blijven ;
- C. de mogelijkheid sommige patiënten voor rekening van andere organisaties te doen verplegen.

A. Geschiedt de opneming van een patiënt steeds op grond van noodzakelijkheid? Bij de beantwoording van deze vraag moet rekening gehouden worden met enkele oorzaken voor de vermeerdering der ziekenhuisopneming. Deze oorzaken zullen in een volgend hoofdstuk uitvoeriger besproken worden. In verband met de gestelde vraag mogen de volgende op den voorgrond geplaatst worden :

- 1. de vrees voor het ziekenhuis is verdwenen ;
- 2. de verzorging in een ziekenhuis is beter dan thuis ;
- 3. de omstandigheid, dat er vereenigingen voor ziekenhuisverpleging bestaan ;
- 4. de slechte tijdsomstandigheden ;
- 5. de patiënten gaan er gemakkelijk toe over zich in een ziekenhuis op te laten nemen ;
- 6. onvoldoende zelfvertrouwen van den arts, vooral van den jongeren, en, daarmede verband houdende, de neiging om van de verantwoordelijkheid ontheven te zijn.

Deze factoren hebben er toe bijgedragen, dat het aantal opnemingen in de ziekenhuizen hand over hand toeneemt. De genoemde oorzaken dragen bovendien het gevaar in zich, dat er patiënten zullen zijn, die op hun huisarts drang oefenen om opgenomen te worden. Uit een en ander kan men concludeeren, dat het niet onwaarschijnlijk is, dat er patiënten opgenomen worden, wier opneming, strikt genomen, niet noodzakelijk was.

B. *Is de ligduur in bepaalde gevallen ook te lang?* Het antwoord op deze vraag is niet gemakkelijk te geven. Men moet bij de beantwoording gebruik maken van den gemiddelden verpleegduur bij verschillende ziekenhuizen en deze laatste onderling vergelijken. Hierbij loopt men stellig gevaar, verschillende factoren, die op den verpleegduur invloed hebben, over het hoofd te zien.

Uitgaande van het standpunt, dat de patiënten, die in ziekenhuizen opgenomen worden, globaal gerekend, aan dezelfde ziekten lijden, zou men verwachten, dat de gemiddelde verpleegduur bij de verschillende ziekenhuizen ongeveer gelijk moet zijn. Dit is echter geenszins het geval. Om deze uitspraak te staven, is het voldoende de cijfers van de voornaamste ziekenhuizen in de provincies Groningen en Friesland te beschouwen.

TABEL No 1

Officieele gegevens betreffende den gemiddelden verpleegduur in verschillende ziekenhuizen

	1933	1934	1935	1936	1937	gem.
Diaconessenhuis, Leeuwarden .	23,3	22,7	23,6	23,9	22,3	23,2
St. Bonifacius Hosp., Leeuwarden	12,0	10,7	10,5	12,9	12,6	11,7
St. Anthonie Ziekenhuis, Sneek	24,3	18,9	19,1	19,2	18,9	20,1
Ziekenhuis, Heerenveen	21,1	21,4	19,7	19,4	19,4	20,2
Diaconessenhuis, Groningen . .	17,8	18,0	18,9	18,3	18,2	18,2
R.K. Ziekenhuis, Groningen . .	19,5	19,4	19,4	20,8	21,5	20,1
Acad. Ziekenhuis, Groningen .	30,8	29,8	28,6	28,7	27,2	29,0
Kinderziekenhuis, Groningen. .	31,2	27,6	24,4	24,8	26,3	26,9

Volgens de cijfers van tabel no 1 zou de gemiddelde verpleegduur van het St. Bonifacius Hospitaal te Leeuwarden 11,7 dagen bedragen. Bij nadere informatie blijkt echter, dat men tot dit getal gekomen is, doordat bij de berekening de poliklinische patiënten als gevallen van opneming voor één dag opgegeven zijn, terwijl de andere zieken-

huizen deze patiënten buiten beschouwing laten. Deze fout was door de administratie van het genoemde ziekenhuis niet meer te herstellen ; wel was bekend, dat de gemiddelde verpleegdure over 1938 24 à 25 dagen bedroeg.

Bij verdere bestudeering der getallen zijn er belangrijke verschillen vast te stellen. Bovenaan staan het Academisch Ziekenhuis en het Kinderziekenhuis te Groningen met resp. 29,0 en 26,9 dagen. Daarna volgen de Leeuwarder ziekenhuizen met 23 à 25 dagen, dan Sneek, Heerenveen en het R.K. Ziekenhuis te Groningen met circa 20, terwijl het Diaconessenhuis in Groningen een gemiddelde verpleegdure heeft van slechts 18,2 dagen.

Het is niet geoorloofd uit deze cijfers af te leiden, dat door het uitoefenen van contrôle de gemiddelde verpleegdure op het niveau van dat bij het Diaconessenhuis te Groningen gebracht kan worden. Aan den anderen kant zou het echter onjuist zijn om aan te nemen, dat de verschillen toevallig zijn, en dat zij derhalve geen waarde hebben.

De hooge cijfers van het Academisch en het Kinderziekenhuis in Groningen zijn voor een deel te verklaren uit het feit, dat deze beide inrichtingen tevens onderwijsinstellingen zijn en dat de patiënten, die aldaar verpleegd worden, voor het meerendeel voor het onderwijs van groote beteekenis zijn. Hierdoor zal het ontegenzeggelijk voorkomen, dat patiënten er langer verpleegd worden, dan voor hun ziekte strikt genomen noodig is. Daarbij komt nog, dat universitaire ziekenhuizen centra zijn, waarheen nogal eens zeer ingewikkelde en moeilijke gevallen gezonden worden. Het onderzoek van patiënten met een duister ziektebeeld eischt dikwijls zeer veel tijd, waardoor de gemiddelde verpleegdure ongunstig beïnvloed zal worden.

Indien bij onze verdere beschouwingen het Academisch en het Kinderziekenhuis buiten bespreking gehouden worden, blijft het toch opmerkelijk, dat de onderlinge verschillen in de gemiddelde verpleegdure bij de andere ziekenhuizen zeer belangrijk zijn. Het hoogste en laagste cijfer verschillen niet minder dan vijf à zes dagen.

Het is zonder nadere gegevens niet met zekerheid uit te maken, waardoor dit groote verschil verklaard moet worden. Wel kan men concluderen, dat in bepaalde ziekenhuizen het aantal verpleegdagen voor sommige patiënten aan den hoogen kant moet zijn.

C. Kunnen sommige patiënten ook voor rekening van andere organisaties verpleegd worden ? Het blijkt meermalen, dat of een arts deze mogelijkheid niet onder de oogen ziet, of dat de patiënt met de even-

tueele behandeling niet wenscht te wachten tot de uitspraak van de betrokken instelling (erkende bedrijfsvereeniging voor de uitvoering van de Land- en Tuinbouwongevallenwet 1922, Rijksverzekeringsbank, Raad van Arbeid, enz.) af is gekomen. Hierdoor komt het zeker voor, dat er gevallen zijn, waarin de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging de kosten voor de opneming en behandeling in een ziekenhuis op zich nemen, terwijl zij deze, strikt genomen, niet behoeven te dragen.

Resumeerende komt men dus tot de conclusie, dat het voor de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging van groot belang is, dat zij over de diensten van een controleerenden geneesheer beschikken. Door invoering van medische contrôle zal voorkomen worden, dat er onnoodig geld uitgegeven wordt en zal bereikt worden, dat alle ten behoeve van de leden gedane uitgaven volkomen verantwoord zijn.

HOOFDSTUK X

DE GENEESKUNDIGE CONTRÔLE BIJ DE VEREENIGINGEN VOOR ZIEKENHUISVERPLEGING

Het is niet noodig om tot in kleine bijzonderheden te bespreken, hoe de geneeskundige contrôle voor de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging georganiseerd moet zijn. Het is voldoende de taak van den controleerenden geneesheer in groote trekken aan te geven. Daarnaast zal gesproken moeten worden over de resultaten, die deze vorm van contrôle op kan leveren, terwijl tevens de bezwaren, welke er aan verbonden kunnen zijn onder de oogen gezien moeten worden.

A. De taak van den controleerenden geneesheer. Een controleerende geneesheer voor een vereeniging voor ziekenhuisverpleging moet toezien op de noodzakelijkheid van de opneming en op den duur ervan, terwijl hij tevens na moet gaan, of bepaalde patiënten voor rekening van andere organisaties opgenomen en behandeld kunnen worden.

Met deze omschrijving is de taak van den controleerenden geneesheer vrijwel volledig aangegeven. Soms zal het noodig blijken, dat hij, alvorens toestemming tot opneming te geven, den patiënt aan huis bezoekt. Dikwijls zal de beoordeeling ook kunnen geschieden op de gegevens, welke den controleerenden geneesheer door den behandelenden arts verstrekt zijn. Voor de contrôle op den verpleegduur zullen de patiënten in de ziekenhuizen bezocht moeten worden.

B. Het effect der geneeskundige contrôle. Zeer belangrijk is de vraag, welke resultaten de geneeskundige contrôle op zal kunnen leveren.

Hoewel er in Friesland drie vereenigingen zijn, waaraan een controleerende geneesheer verbonden is, staan geen cijfers ter beschikking, die een duidelijk beeld van het effect van deze contrôle geven. De contrôle strekt zich òf over een te kleine vereeniging uit, waardoor de invloed van het toeval niet voldoende geëlimineerd wordt, òf de cijfers, welke den invloed van de contrôle aan moeten geven, zijn met behulp van vele, op uiteenloopende factoren betrekking hebbende cijfers verkregen, zoodat het gevaar groot is, dat een onzuiver beeld gevormd wordt.

Echter bestaat buiten de provincie Friesland een voorbeeld, dat zeer duidelijk den invloed van een goede contrôle aantoonst. De contrôle, welke zeer soepel toegepast werd, betrof de personen, welke voor rekening van het Burgerlijk Armbestuur van een zekere stad ¹⁾ in een ziekenhuis verpleegd werden. Zoowel op de noodzakelijkheid van opneming, als op den duur van de verpleging werd door den controleerenden geneesheer toegezien.

Uit tabel no 2 is het resultaat van de contrôle af te leiden.

TABEL No. 2

Invloed van de geneeskundige contrôle op de uitgaven aan ziekenhuis- en dokterskosten

Jaren	Aantal patiënten	Totaal bedrag aan ziekenhuis- en dokterskosten	Gemiddeld bedrag per patiënt aan ziekenhuis- en dokterskosten
1932	147	f 18084.—	f 123.—
1933	139	f 19185.—	f 138.—
1934	108	f 14983.—	f 149.83
1935	131	f 11992.—	f 91.50
1936	102	f 9454.—	f 92.70

In de tweede kolom is vermeld het aantal opgenomen patiënten, in de derde het totaal daarvoor uitgegeven bedrag en in de vierde kolom het gemiddeld uitgegeven bedrag per patiënt.

In 1935 is de contrôle ingevoerd. Het blijkt, dat juist in dat jaar, ondanks het feit, dat contrôle werd uitgeoefend, veel meer patiënten opgenomen moesten worden, dan gedurende het daaraan voorafgaande jaar. Hieruit zou men kunnen concludeeren, dat de uitwerking van de contrôle niet erg merkbaar was en dat het aantal opnemingen van de contrôle weinig invloed ondervond. Het is uit den aard der zaak echter niet mogelijk na te gaan, hoeveel patiënten er in 1935 opgenomen zouden zijn zonder contrôle.

Kan uit de tweede kolom geen conclusie getrokken worden, geheel anders is het gesteld met de laatste kolom, waarin wordt aangegeven, welk bedrag gemiddeld per patiënt besteed is. De bepaling van dit bedrag is trouwens ook het meest juiste middel om het effect van de contrôle aan te toonen. Immers het aantal opnemingen is van zeer uiteenlopende factoren afhankelijk, waarbij het toeval een groote rol speelt. Het lage cijfer voor 1936 van de tweede kolom zegt daarom ook

¹⁾ Deze cijfers zijn verstrekt onder voorwaarde, dat de naam der stad niet genoemd mocht worden.

weinig of niets van het nut der contrôle, doch het gemiddelde bedrag aan verpleeg- en andere kosten per patiënt is van het toeval veel minder afhankelijk en hangt direct met den verpleegduur samen. Werd in de jaren zonder contrôle gemiddeld ruim f 137,— per patiënt uitgegeven, tijdens de contrôle was het bedrag slechts ongeveer f 92,—. Een besparing van ongeveer f 45,— per patiënt ! Deze cijfers bewijzen duidelijker het nut van een doeltreffende contrôle dan het meest welsprekende betoog !

Toch zijn er velen, die groote bezwaren tegen de invoering van een geneeskundige contrôle bij de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging aanvoeren.

C. Bezwaren, die tegen de geneeskundige contrôle ingebracht worden. Deze bezwaren zijn :

- a. gevoelsbezwaren ;
- b. financieele bezwaren ;
- c. één controleerende arts is voor een gebied ter grootte van Friesland onvoldoende ;
- d. als de behandelende artsen rekening met de financieele belangen van de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging houden, is contrôle niet noodig.

a. *Gevoelsbezwaren.* Deze bezwaren zijn wel de belangrijkste, omdat zij zoo moeilijk weerlegd kunnen worden. Dikwijls worden argumenten gezocht, om de heimelijke vrees, welke men voor het instituut der medische contrôle koestert, te camouflleeren. Vele der aangevoerde bezwaren blijken in den grond der zaak niet steekhoudend. Hier moge een voorbeeld vermeld worden. Een van de geuite bedenkingen, die een nadere bespreking waard is, is de vrees, dat de patiënt de dupe van de contrôle zal worden. Velen vreezen, dat patiënten van ziekenhuisverpleging uitgesloten zullen worden, voor wie opneming in een ziekenhuis beslist noodig is. Het behoeft geen betoog, dat zulks allermint in de bedoeling van het instituut kan liggen. Dit bedoelt immers slechts te voorkomen, dat er patiënten opgenomen worden, die thuis even goed verpleegd en behandeld hadden kunnen worden. Wederzijdsch vertrouwen en onderling overleg tusschen controleerenden geneesheer en behandelenden arts, gepaard aan soepele toepassing der contrôle, zijn waarborgen tegen moeilijkheden.

b. *Financieele bezwaren.* Wat dit punt betreft is be-

perking tot de provincie Friesland onvermijdelijk, omdat alleen bij deze provincie concrete gegevens beschikbaar zijn. Men berekent de kosten (honorarium, auto- en administratie-kosten), welke de aanstelling van een controleerenden geneesheer met zich mee zal brengen, op rond f 10.000,—. Velen zijn nu van meening, dat de besparing, welke de aanstelling van een controleerenden geneesheer op zal leveren, geringer zijn zal dan de uitgaven, die er mede gepaard gaan. Indien er echter per patiënt slechts één ligdag bespaard zou worden, zijn de uitgaven reeds ruimschoots terugverdiend.

Als in aanmerking genomen wordt, dat in 1937 voor rekening van de Federatie van Vereenigingen voor Ziekenhuisverpleging in Friesland 4428 patiënten opgenomen werden en als men voor één lijder een bedrag van f 2,75 uittrekt, dan komt men reeds tot een besparing van ruim f 12.000,—. Evenwel is, gezien het op blz. 95 vermelde resultaat van de contrôle, een grootere besparing te verwachten. De financieele bezwaren leggen derhalve geen gewicht in de schaal, omdat de uitgaven in stede van te vermeederen, aanzienlijk zullen verminderen.

c. Eén controleerende geneesheer is voor een gebied ter grootte van Friesland onvoldoende. Dit bezwaar staat rechtstreeks met het vorige in verband. Indien het namelijk noodig zou zijn om voor een provincie als Friesland meer dan één controleerenden geneesheer aan te stellen, dan zouden de kosten verhoogd en diensgevolge de baten verlaagd worden. Maar één controleerende geneesheer is voldoende te achten. Men verlieze niet uit het oog, dat in vele gevallen de contrôle ten huize van den patiënt niet noodig zal blijken. Verder mag niet vergeten worden, dat de contrôle het aantal opnemingen preventief zal drukken. Immers een arts zal, bij het bestaan van contrôle, met meer ernst overwegen, of er al dan niet indicatie voor opneming van den patiënt aanwezig is. Hij zal zijn prestige tegenover zijn patiënten zooveel mogelijk ophouden en geen afwijzende beslissing van den controleerenden geneesheer riskeeren. Bij goede organisatie zal één controleerende geneesheer ongetwijfeld een betrekkelijk groot gebied bewerken kunnen.

d. Als de artsen met de financieele belangen van de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging rekening houden, is contrôle niet noodig. Velen zijn van meening, zonder bepaald te beweren, dat de artsen in het algemeen zich niet om het wel en wee van de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging be-

kommeren, dat vele van hen toch zeer weinig met de financiële belangen dezer vereenigingen rekening houden. Dit zou gelden, zoowel van de huisartsen, als van de specialisten. Wat hiervan waar zij, kan gevoegelijk buiten beschouwing blijven, omdat moeilijk aan een behandelend geneeskundige de plicht opgelegd kan worden om naast de belangen van zijn patiënt ook die van een vereeniging voor ziekenhuisverpleging te behartigen. Men bedenke, dat de instelling van den behandelenden arts tegenover een patiënt een geheel andere is, dan die van den controleerenden geneesheer. Ook hier is het niet mogelijk, dat behandeling en contrôle in één hand zijn. Het principe, dat in ons geheele land gehuldigd wordt, namelijk dat behandeling en contrôle gescheiden behooren te zijn, dient ook bij de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging volledig gehandhaafd te worden.

De te berde gebrachte bezwaren zijn dus gemakkelijk te ontzenuwen. Er moet echter de vraag gesteld worden, of voor elke vereeniging voor ziekenhuisverpleging medische contrôle nut op zal leveren. Deze vraag rijst, omdat oogenschijnlijk zulks niet steeds het geval behoeft te zijn. Er zijn namelijk vereenigingen voor ziekenhuisverpleging, die met een contributie van f 3,— per jaar kunnen volstaan en andere, die f 10,— en meer moeten heffen, om een sluitende rekening te verkrijgen. Dit groote verschil in contributie is echter goeddeels te verklaren uit het feit, dat lang niet alle vereenigingen voor ziekenhuisverpleging dezelfde vergoeding aan haar leden geven. Afgescheiden hiervan is het onjuist te zeggen, dat een vereeniging, die met een lage contributie uitkomt, geen behoefte aan contrôle zou hebben. Ook een lage contributie is immers nog te hoog, indien daarvan een deel wordt verspild. En dat is thans het geval bij bijna alle vereenigingen voor ziekenhuisverpleging in Friesland.

Willen de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging haar nuttig werk ook in de toekomst kunnen voortzetten, dan zullen zij over de diensten van een controleerenden geneesheer moeten beschikken. Anders zullen zij, gezien de steeds stijgende behoefte aan opnemingsplaatsen in een ziekenhuis en de daarmee gepaard gaande hoogere financiële lasten, op een gegeven oogenblik genoodzaakt zijn (wat reeds hier en daar is geschied), om op de vergoedingen te bekrimpen, daar de contributies anders te hoog worden, wat noch in het belang der vereenigingen, noch in dat van de volksgezondheid is. Voor een goede ontwikkeling van de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging is het dan ook van het grootste belang, dat zij van de diensten van een controleerenden geneesheer gebruik kunnen maken.

Indien in de toekomst, tengevolge van de voortschrijding van de medische wetenschap, de opneming in de ziekenhuizen sterk toe zou nemen, zal men gerechtigd zijn om de contributie te verhoogen, mits men evenwel bewijzen kan, dat alle gedane uitgaven volkomen verantwoord zijn. En dit is, zooals gezegd, slechts mogelijk, als een controleerende geneesheer aan een vereeniging voor ziekenhuisverpleging verbonden is.

Tot nog toe zijn steeds de termen *contrôle* en *controleerend geneesheer* gebruikt. De reden daarvan is, dat deze woorden burgerrecht verkregen hebben. Ze hebben evenwel een eenigszins onaangenamen klank en het verdient daarom aanbeveling om den titel van *controleerend geneesheer* door een andere te vervangen.

In het buitenland kent men een uitdrukking als *controleerend geneesheer* niet, doch spreekt men van „*Vertrauensarzt*”, „*Médecin de Conseil*”, enz.. Als Nederlandsche titel, welke wellicht overweging verdient, kan worden genoemd : arts voor overleg, of indien men slechts twee woorden wil : adviseerend geneesheer. Elk van beide uitdrukkingen wijst op een deel van wat met het instituut der medische *contrôle* beoogd wordt, nl. overleg met de behandelende artsen, advies aan de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging.

Tenslotte moge nog gewezen worden op een punt, dat, hoewel het niet met de medische *contrôle*, in den zin, waarin deze tot nog toe besproken is, verband houdt, toch naar voren gebracht moet worden.

Het is namelijk wenschelijk, dat een vereeniging voor ziekenhuisverpleging, voordat zij iemand als lid aanneemt, een geneeskundig attest, niet afgegeven door den huisarts, vordert, waarin verklaard wordt, dat na onderzoek gebleken is, dat de candidaat niet lijdende is aan een ziekte of afwijking, waarvoor in de nabije toekomst opneming in een ziekenhuis noodig kan worden. Deze zaak verdient de aandacht van de besturen van de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging, omdat het nogal eens voorkomt, dat iemand eerst lid wordt, wanneer hij tot de ontdekking is gekomen, dat hij een ziekte of afwijking heeft, waarvoor binnen afzienbaren tijd opneming in een ziekenhuis noodig zal kunnen zijn.

D. De indicatiestelling voor de opneming in een ziekenhuis, mede in verband met de geneeskundige contrôle. Vele, zoo niet alle vereenigingen voor ziekenhuisverpleging, vergoeden slechts de kosten van opneming en behandeling van den patiënt in een ziekenhuis, indien de

huisarts of zoo noodig, de specialist, een verklaring afgeeft, vermellende, dat het noodzakelijk is, dat de patiënt opgenomen wordt.

Volledigheidshalve moet eenigzins diep op dit punt worden ingegaan. Het roert een vraagstuk aan, aan welks oplossing schier onoverkomelijke moeilijkheden verbonden zijn. De centrale vraag, waarom het hier gaat is, wat men onder „noodzakelijk” verstaan moet. Indien men deze vraag aan een willekeurig aantal artsen zou stellen, dan zou het antwoord waarschijnlijk eenstemmig luiden : „Noodzakelijk voor een patiënt is, wat ik voor hem noodig vind.”

Uit dit antwoord blijkt duidelijk de sterk subjectieve factor, welke in de noodzakelijkheidsverklaring gelegen is. De eene arts zal een bepaalden patiënt thuis behandelen, terwijl de ander, op schijnbaar even goede gronden, opneming in een ziekenhuis noodzakelijk acht. Als voorbeeld kan een lijder aan pneumonie dienen. De eene arts zal zulk een patiënt in een ziekenhuis doen opnemen, omdat de verpleging daar beter is dan thuis en de genezingskansen daardoor stijgen ; de ander zal het risico van het vervoer te groot vinden en trachten de omstandigheden thuis zoo gunstig mogelijk te maken. Beide standpunten zijn te verdedigen. De genezingskans is in een ziekenhuis voor een pneumonie-patiënt dikwijls grooter dan thuis, doch anderzijds mag het gevaar van de emoties bij het vervoer niet onderschat worden.

Ook uit dit voorbeeld blijkt, dat het vrijwel onmogelijk is, om met een algemeen geldende formule aan te geven, onder welke omstandigheden opneming in een ziekenhuis werkelijk als noodzakelijk beschouwd moet worden.

Men onderscheidt gemeenlijk tweeërlei indicatie voor opneming in een ziekenhuis en wel :

- a. de medische indicatie ;
- b. de sociale indicatie.

a. *D e m e d i s c h e i n d i c a t i e.* Onder de medische indicatie voor opneming in een ziekenhuis verstaat men de aanwijzing voor opneming, uitsluitend op grond van de ziekte, waaraan de patiënt lijdt. Volgens deze indicatie worden alle patiënten opgenomen, die onderhevig zijn aan een ziekte, waarvoor de behandeling thuis niet mogelijk is, of waarbij zonder de moderne hulpmiddelen van het ziekenhuis geen juiste diagnose gesteld kan worden. Het is waarschijnlijk, dat bij de oprichting van de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging vrijwel uitsluitend opneming in een ziekenhuis op

deze indicatie voor oogen heeft gestaan. Echter is in het tijdsverloop, gedurende hetwelk de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging werken, zeer veel veranderd. Was het vroeger uitzondering, dat iemand opgenomen moest worden, en vreesde men voor de opneming in een ziekenhuis, tegenwoordig wordt het besluit tot opneming gemakkelijk, dikwijls zelfs te gemakkelijk, zoowel door arts, als patiënt, genomen. Hierdoor is ook de sociale indicatie meer naar voren gekomen.

b. De sociale indicatie. Onder sociale indicatie voor opneming in een ziekenhuis verstaat men de aanwijzing voor opneming op grond van de sociale omstandigheden, waarin de patiënt verkeert. Bij opneming volgens de sociale indicatie is het niet de aard van de ziekte, die de verpleging in een ziekenhuis noodzakelijk maakt, doch is de opneming noodig (of wenschelijk), omdat de huisvesting of de verzorging onvoldoende is.

Ten opzichte van het vraagstuk van de indicatie-stelling voor opneming in een ziekenhuis, in verband met de taak van de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging, vindt men twee opvattingen, die gedeeltelijk diametraal tegenover elkander staan, te weten :

1. de kosten wegens opneming op zuiver sociale gronden behooren niet door de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging vergoed te worden ;
2. van elke opneming, op welke gronden dan ook, worden de kosten door de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging vergoed.

Voor een onpartijdige bespreking is het noodig beide standpunten tegenover elkander te plaatsen.

De vereenigingen voor ziekenhuisverpleging zijn principieel opgericht om aan haar leden bij opneming in een ziekenhuis steun te verleenen. Indien men alleen de opneming op medische indicatie zou willen vergoeden, is het gevaar niet denkbeeldig, dat er personen uitgesloten worden, voor wie de opneming, zooal medisch niet noodzakelijk, dan toch uit anderen hoofde als zeer wenschelijk, zelfs als noodzakelijk is te beschouwen.

Aan den anderen kant is het toch niet juist om alle patiënten, voor wie opneming in een ziekenhuis wenschelijk is, te doen opnemen, omdat het denkbaar is, dat de contributie van de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging dan voor velen van haar leden te duur zal worden. Juist de leden met zeer geringen financieelen weerstand, voor wie de vereenigingen toch in de eerste plaats bestemd zijn,

zullen alsdan genoodzaakt worden om voor het lidmaatschap te bedanken en zich in een voorkomend geval tot het Burgerlijk Arm-bestuur om hulp te wenden.

Uit deze beschouwingen blijkt ook weer, dat het niet mogelijk is, het woord „noodzakelijk” in verband met de ziekenhuisopneming juist te omschrijven. Evenmin is het aan te raden, het woord „noodzakelijk” door „wenschelijk” te vervangen, omdat daarvan de financiële gevolgen voor de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging zoo ernstig kunnen zijn, dat haar bestaansmogelijkheid bedreigd wordt.

Gezien het belangrijke sociale werk, dat deze vereenigingen verrichten, moet belemmering of schade tot schier elken prijs voorkomen worden. Het is dan ook op dezen grond noodig, dat de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging beschikken over de hulp van een controleerenden geneesheer, die van geval tot geval de noodzakelijkheid van de opneming beoordeelt.

Hierdoor zullen er aan den eenen kant geen patiënten opgenomen worden, die thuis even goed, of bijna even goed, behandeld en verpleegd hadden kunnen worden, terwijl aan den anderen kant de kosten, welke de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging ten behoeve van haar leden maken, volkomen verantwoord zullen zijn, omdat zij alleen aan hetgeen noodzakelijk was, besteed werden.

Daarbij komt nog, dat tengevolge van de invoering der contrôle de „jurisprudentie” over het woord noodzakelijk na eenigen tijd over een geheele streek een en dezelfde zal zijn, wat zeker als een voordeel aangemerkt mag worden.

HOOFDSTUK XI

BESCHOUWINGEN

OVER DE OPNEMING IN EEN ZIEKENHUIS, MEDE IN VERBAND MET DE VERZEKERING VOOR ZIEKENHUIS- VERPLEGING

In dit hoofdstuk zullen een tweetal onderwerpen behandeld worden, welke voor de instellingen, die zich met de verzekering tegen de kosten voor ziekenhuisverpleging bezig houden, groote beteekenis hebben. Het zijn :

- A. de risicofactor voor opneming in een ziekenhuis in verband met leeftijd en geslacht ;
- B. oorzaken voor de toeneming van het aantal patiënten, dat in de ziekenhuizen opgenomen wordt.

Vooraf een enkele opmerking. Bij de in dit hoofdstuk medegedeelde statistieken is gebruik gemaakt van de statistische middelbare fout (Statistische mittlere Fehler) (30). Hieronder verstaat men de, volgens de waarschijnlijkheidsrekening vastgestelde fout, welke tengevolge van een te gering aantal gevallen in de statistiek geslopen kan zijn. Bijvoorbeeld :

Indien in een statistiek van een operatie, omvattende 100 gevallen, 5 sterftegevallen vermeld zijn, dan heeft men niet het recht om te zeggen, dat de operatie een sterftekans heeft van 5 %, doch van $5 \pm 2,18$ %, d.w.z. de mogelijkheid bestaat, dat, indien de statistiek een oneindig aantal gevallen omvatte, de sterftekans niet 5 % was, doch een waarde had gelijk aan één van de getallen, liggende tusschen 2,82 en 7,18 %.

Slechts indien men bij de beoordeeling van statistieken van de middelbare fout gebruik maakt, kan men er met een betrekkelijk groote zekerheid conclusies uit trekken.

Bij het vergelijken van twee statistieken maakt men gebruik van de „statistische middelbare fout van het verschil.” In beginsel is deze gelijk aan de hiervoren besprokene. Men mag namelijk eerst van een verschil spreken, indien de statistische middelbare fout van

het verschil kleiner is dan het werkelijke verschil. Bijvoorbeeld : indien een bepaalde operatie, uitgevoerd volgens een zekere methode, een sterftekans van 5 % en, op een andere wijze verricht, een sterftekans van 3 % heeft, en de operatie in beide gevallen bij 100 personen toegepast is, dan zijn deze waarden, met inachtneming van de middelbare fout, resp. $5 \pm 2,18$ % en $3 \pm 1,71$ %. De statistische middelbare fout van het verschil is 2,78 %. Het verschil tusschen beide reeksen is 2 % en daar de statistische middelbare fout van het verschil 2,78 % bedraagt, mag men uit de statistiek niet concludeeren, dat de eene wijze van opereeren een grooter risico dan de andere oplevert.

Waren de genoemde getallen 5 % en 10 %, dan zouden deze waarden, met inachtneming van de middelbare fout, aangeduid moeten worden met $5 \pm 2,18$ % en 10 ± 3 %. De statistische middelbare fout van het verschil bedraagt dan 3,72 % en is dus kleiner dan het verschil van de percentages van beide reeksen (5 %). In zulk een geval mag men dus besluiten, dat de eene wijze van opereeren een mindere sterftekans heeft dan de andere.

De waarde van de middelbare statistische fout en van de middelbare statistische fout van het verschil kan men door de waarschijnlijkheidsberekening leeren kennen. In het boek van Ritala, *Der statistische mittlere Fehler* (30), zijn tabellen opgenomen, waaruit men de statistische middelbare fout en de statistische middelbare fout van het verschil direct af kan lezen.

A. Risicofactor voor opneming in een ziekenhuis in verband met leeftijd en geslacht. Onder risicofactor voor opneming in een ziekenhuis wordt verstaan het percentage personen, dat van een bepaalde leeftijds-, resp. geslachtsgroep in een ziekenhuis opgenomen wordt. Dikwijls houdt men bij de bepaling van dezen factor geen rekening met den opbouw der bevolking. Dit moet evenwel tot onjuiste conclusies leiden. Uiteraard omvat het genoemde percentage zoowel verzekerde als niet-verzekerde personen.

De eenvoudigste weg om den risicofactor te bepalen is deze, dat nagegaan wordt, hoeveel personen in de verschillende ziekenhuizen opgenomen zijn — deze personen gerangschikt naar leeftijd en geslacht — en dat vervolgens berekend wordt, hoe groot het percentage is met betrekking tot de bijbehorende leeftijds- en geslachtsgroepen van de bevolking, waartoe de opgenomen patiënten gerekend moeten worden.

Ten aanzien van de provincie Friesland kon deze weg echter niet ingeslagen worden, omdat het totale aantal patiënten uit geheel Friesland niet bekend was. Er kon alleen gebruik gemaakt worden van een beperkt, doch bekend aantal *verzekerde* patiënten. Met het cijfer, dat dit aantal weergeeft, als grondslag werd de risicofactor, met behulp van een berekening, zoo nauwkeurig mogelijk bepaald.

Een onderzoek naar leeftijd en geslacht bij 4884 in onderscheidene ziekenhuizen van de provincies Groningen en Friesland, in de jaren 1935, 1936 en 1937 opgenomen *verzekerde* en uit Friesland afkomstige patiënten leverde het resultaat op, dat in tabel no 3 weergegeven is.

TABEL NO. 3.

Leeftijds- en geslachtsgroepen bij 4884 opgenomen verzekerde patiënten in de jaren 1935, 1936 en 1937

Leeftijdsgroepen	Mannelijk	Vrouwelijk
0 tot 1 jaar . . .	141	116
1 t/m 10 „ . . .	383	318
11 „ 20 „ . . .	294	318
21 „ 30 „ . . .	204	516
31 „ 40 „ . . .	268	586
41 „ 50 „ . . .	247	275
51 „ 60 „ . . .	247	275
Ouder dan 60 jaar . .	251	260

Ten einde nu aan de hand van de cijfers van tabel no 3 den risicofactor te berekenen, zou het het meest nauwkeurig zijn, daarbij de cijfers, die den bevolkingsopbouw van de provincie Friesland in 1936 (het middelste jaar van tabel no 3) weergeven, te gebruiken. De bevolkingsopbouw over 1936 is echter niet volledig bekend, omdat een volkstelling slechts eens in de 10 jaar gehouden wordt.

Ten behoeve van de berekening van het totale aantal, in een bepaalden tijd opgenomen patiënten, afkomstig uit geheel Friesland, werd als axioma aangenomen, dat het percentage der opgenomen personen, bepaald bij dat deel der bevolking, hetwelk binnen de Federatie verzekerd is, gelijk is aan het overeenkomstige percentage, berekend bij de geheele bevolking.

Het valt niet te ontkennen, dat de toegepaste berekening niet volkomen juist kan zijn, omdat eenige veronderstellingen gemaakt en gegevens uit verschillende jaren verwerkt moesten worden : volkstelling 1930, patiënten in verschillende jaren opgenomen. Daar het

bij den risicofactor slechts om een verhoudingsgetal gaat, zullen de verkregen uitkomsten toch voldoende betrouwbaar zijn.

De berekening geschiedde als volgt :

In 1937 telde de Federatie van Vereenigingen voor Ziekenhuis-verpleging in Friesland 67903 leden, waarvan 41844 gezinshoofden en 26059 alleenstaande personen waren. Het jaar 1937 moet aanvankelijk bij de berekening dienst doen, omdat over 1936 alleen het totale aantal leden bekend was, nl. 67730, en niet hoeveel gezinshoofden en alleenstaanden daarin begrepen waren.

Wordt verondersteld, dat in 1937 alle gezinshoofden nog in het bezit van hun vrouw waren, en dat man en vrouw elk, evenals de alleenstaande personen, den leeftijd van 18 jaar overschreden hadden, dan bedroeg het aantal in de Federatie opgenomen verzekerden *boven* de 18 jaar : $2 \times 41844 + 26059 = 109747$.

Ter berekening van het aantal tot de Federatie behoorende verzekerden *beneden* de 18 jaar, dient tabel no 4.

TABEL No. 4.

Leeftijds- en geslachtsgroepen in Friesland volgens de volkstelling 1930.

		Mannelijk	Vrouwelijk
0 tot 1 jaar . . .	8374 personen	4318	4956
1 t/m 10 „ . . .	82639 „	42259	40390
11 „ 20 „ . . .	72107 „	36466	35641
21 „ 30 „ . . .	61216 „	39394	30822
31 „ 40 „ . . .	50486 „	24732	25754
40 „ 50 „ . . .	42583 „	21217	21366
51 „ 60 „ . . .	37576 „	18677	18899
Ouder dan 60 jaar . .	44678 „	22016	22662

Als men aanneemt, dat in de groep van 11 t/m 20 jaar het aantal personen van de leeftijden resp. 11, 12 enz. tot en met 20 jaar onderling gelijk is, dan maken de 11- tot 18-jarigen (7 van de 10 ondergroepen) het 7/10 gedeelte van de groep uit en omvatten derhalve $7/10 \times 72107 = 50475$ personen.

Het totale aantal zielen der bevolking van Friesland *beneden* 18 jaar was derhalve in 1930 :

0 tot 1 jaar	8374
1 t/m 10 jaar	82639
11 tot 18 jaar	50475
Samen	141488

Het totale aantal zielen van alle leeftijden bedroeg voor Friesland in 1930 399659. Op grond van de voorgaande berekening kan het totale aantal personen *boven* 18 jaar voor 1930 op $399659 - 141488 = 258171$ gesteld worden.

In 1930 was dus bij de Friesche bevolking de verhouding van het aantal personen beneden de 18 jaar tot dat boven de 18 jaar = $141488 : 258171$.

Wordt aangenomen, dat dit verhoudingsgetal in 1937 niet veranderd is (een groote verandering zal wel niet plaats gevonden hebben), dan kan met behulp hiervan het totale aantal van de in 1937 tot de Federatie behorende verzekerden bepaald worden. Immers bij de geheele bevolking staan tegenover 141488 personen beneden de 18 jaar 258171 boven de 18. Bij de 109747 meer-dan-18-jarigen, behorende tot de „bevolking” der Federatie (zie blz. 105), „passen” dus

$$\frac{141488}{258171} \times 109747 = 60100 \text{ minder-dan-18-jarigen.}$$

Het totale aantal bij de Federatie verzekerde zielen bedroeg dus in 1937 (eenigszins afgerond) :

$$109700 + 60100 = 169800$$

Dit getal is nu vrijwel 2,5 maal het aantal leden (67903).

Wordt deze laatste uitkomst overgebracht op het jaar 1936, het middelste der 3 jaren van tabel no 3, dan omvatte de Federatie in dat jaar $2,5 \times 67730 = 169000$ verzekerden (zie blz. 105).

Met dit getal wordt nu verder doorgewerkt.

In 1936 zijn 4114 patiënten voor rekening der bij de Federatie aangesloten vereenigingen opgenomen. Tabel no 3 omvat echter 4884 opgenomen, verzekerde personen, omdat hieronder ook patiënten vallen, welke bij niet tot de Federatie behorende vereenigingen verzekerd zijn. Daar men aan mag nemen, dat bij deze vereenigingen de bevolkingsopbouw wel niet anders zijn zal dan bij de aangeslotene, en daar 4114 patiënten bij 169000 verzekerden behooren, mag men gevoegelijk het aantal van 4884 patiënten op

$$\frac{4884}{4114} \times 169000 = 201000 \text{ verzekerden}$$

betrekken.

Als het verzekerd zijn even buiten beschouwing blijft, dan is als resultaat der berekening reeds verkregen, dat er op 201000 personen van de Friesche bevolking 4884 personen in een ziekenhuis opgenomen werden.

Thans moet echter nog de risicofactor berekend worden, d.w.z. er

moet in procenten bepaald worden, hoe de aantallen, naar leeftijd en geslacht gegroepeerd, onder de 4884 opgenomen, verzekerde personen zich tot de overeenkomstige aantallen onder de 201000 verzekerden verhouden.

Het gevraagde percentage, dus de risicofactor, kan aangegeven worden door de volgende formule :

Risicofactor =

$$\frac{\text{aantal opgenomen patiënten, behorende tot zekere groep verzekerden (a)}}{\text{totaal aantal verzekerden, waaruit de groep bestaat (x)}} \times 100$$

De teller (a) van bovenstaande breuk is bekend en uit tabel no 3 af te lezen. De noemer (x) moet berekend worden.

Hiertoe moet de opbouw der bevolking in aanmerking genomen worden.

Wij mogen de volgende evenredigheid opstellen :

$$\frac{\text{aantal } \textit{verzekerden}, \text{ behorende tot een bepaalden} \\ \text{(leeftijds- resp. geslachts-) groep (x)}}{\text{totaal aantal der } \textit{verzekerden} \text{ waarbinnen de groep} \\ \text{valt (201000)}} =$$

$$\frac{\text{aantal } \textit{zielen der bevolking}, \text{ behorende tot dezelfde groep (b)}}{\text{totaal aantal } \textit{zielen der bevolking} \text{ (399659)}}$$

Hieruit volgt :

$$x = \frac{201000}{399659} \times b \\ = \frac{1}{1,99} \times b$$

De waarde van b wordt in tabel no 4 gevonden.

Wordt de waarde van x in de formule voor de berekening van den risicofactor overgebracht, dan vindt men :

$$\text{Risicofactor} = \frac{a}{\frac{1}{1,99} \times b} \times 100 = \frac{199a}{b}$$

Twee voorbeelden mogen de beteekenis van de laatste uitkomst toelichten.

Bij mannelijke 0- tot 1-jarigen is :

$$a = 141 \text{ (tabel no 3)}$$

$$b = 4318 \text{ (tabel no 4)}$$

$$\text{Risicofactor} = \frac{199 \times 141}{4318} = 6,5 \%$$

Bij vrouwelijke 51- t/m 60-jarigen is :

$$a = 275$$

$$b = 18899$$

$$\text{Risicofactor} = \frac{199 \times 275}{18899} = 2,9 \%$$

Op deze wijze is de risicofactor voor opneming in een ziekenhuis berekend voor de verschillende leeftijds- en geslachtsgroepen. Zie tabel no 5.

TABEL NO. 5.

Risico voor opneming in een ziekenhuis.

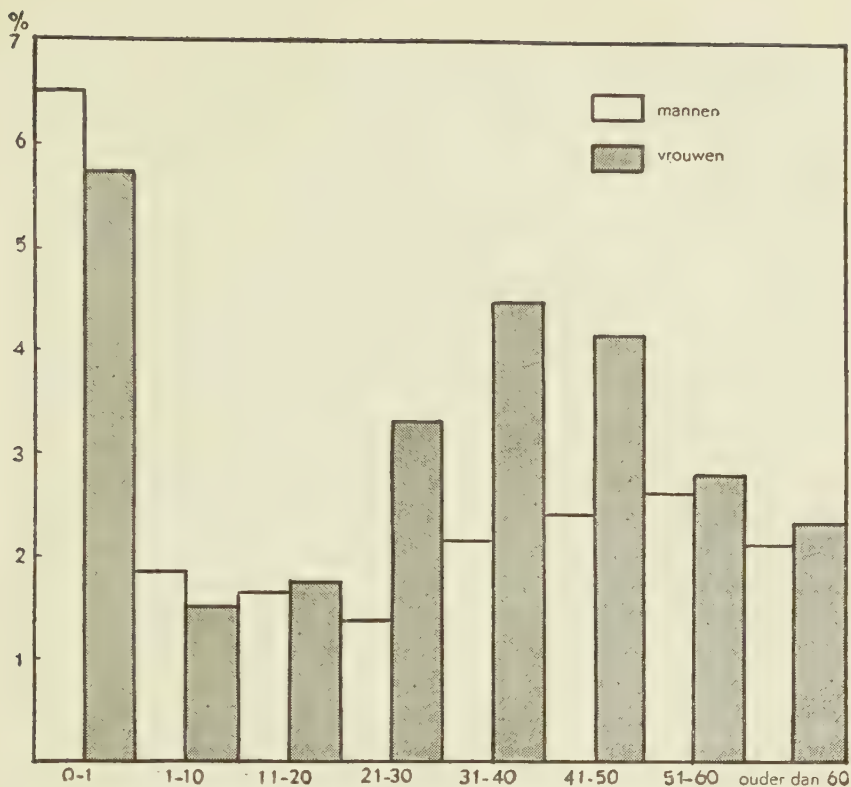
Leeftijdsgroepen	Mannelijk	Vrouwelijk
0 tot 1 jaar . . .	6,5	5,7
1 t/m 10 „ . . .	1,8	1,5
11 „ 20 „ . . .	1,6	1,7
21 „ 30 „ . . .	1,4	3,3
31 „ 40 „ . . .	2,1	4,5
41 „ 50 „ . . .	2,4	4,2
51 „ 60 „ . . .	2,6	2,9
Ouder dan 60 jaar . .	2.1	2.3

Het afgebeelde strookdiagram geeft de berekende risicofactor graphisch weer.

De hoge risicofactor van den zuigelingenleeftijd springt direct in het oog. Dit is voor een gedeelte te verklaren uit het feit, dat in het cijfer alle zuigelingen begrepen zijn, ook die in een ziekenhuis geboren werden. Toch is hierdoor alleen de hoge factor niet te verklaren. Waarschijnlijk is ook de morbiditeit in den zuigelingenleeftijd hooger dan in de latere levensjaren.

Het was evenwel niet mogelijk om het verkregen getal in tweeën te splitsen door onderscheid te maken tusschen zieke en gezonde zuigelingen, die in een ziekenhuis aanwezig waren. Overigens doet dit hier weinig terzake, omdat het slechts in de bedoeling ligt om aan te geven, hoe hoog het percentage van de opnemingen in een ziekenhuis is, zonder dat nader op beweegredenen en oorzaken ingegaan wordt.

Uit de cijfers blijkt verder nog, dat het risico om in een ziekenhuis opgenomen te worden, voor vrouwen van 21-50 jaar belangrijk hooger is dan voor mannen van denzelfden leeftijd, terwijl tevens duidelijk naar voren komt, dat voor de hoogere leeftijden bij beide geslachten het risico ongeveer gelijk is, en niet hoog genoemd mag worden.



De conclusie, zooals die getrokken is in het „Rapport van de Commissie, ingesteld door de Nederlandsche Vereeniging voor Armenzorg en Weldadigheid” (23c), luidt, althans voor Friesland, anders dan de hierboven weergegevene. In dit rapport toch kwam men tot de slotsom, dat de hoogere leeftijdsgroepen (60 jaar en ouder) een belangrijk hogere risicofactor aanwijzen, dan ik vaststellen kon. Echter heeft de commissie bij het samenstellen van haar statistiek een ander uitgangspunt gekozen. Zij heeft namelijk als criterium genomen het totale aantal verpleegdagen voor elke leeftijdsgroep, terwijl door mij slechts het aantal opnemingen per leeftijd is nagegaan. De totale verpleegduren voor elke groep kon in mijn statistiek niet verwerkt worden, omdat deze bij de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging, aangesloten bij de Federatie van Vereenigingen voor Ziekenhuisverpleging in Friesland, niet bekend is. Wel kent men het aantal door de genoemde vereenigingen *vergoede* verpleegdagen, doch dit is belangrijk lager dan het werkelijke aantal.

Intusschen, de berekening van den risicofactor volgens de hier

gevolgde methode is juist, omdat volgens deze slechts de grootte van de kans op opneming in een ziekenhuis voor een bepaalde leeftijd- en geslachtsgroep wordt aangegeven. De duur van de verpleging blijft hier buiten beschouwing. Hierdoor worden de gevonden cijfers dus noch in gunstigen, noch in ongunstigen zin gewijzigd.

Uit de gevonden risicofactor blijkt, dat de bepaling in een reglement voor een vereeniging voor ziekenhuisverpleging, dat menschen ouder dan 60 jaar niet meer als lid aangenomen kunnen worden, niet noodig is. Het risico om in een ziekenhuis opgenomen te worden is voor deze categorie van personen zelfs nog geringer dan voor menschen van middelbaren leeftijd. Het is dan ook niet noodig een dergelijke bepaling, welke in vele reglementen voorkomt, te handhaven.

B. Oorzaken voor de toeneming van het aantal patiënten, dat in ziekenhuizen opgenomen wordt. Het is een bekend feit, dat er tegenwoordig veel meer patiënten in ziekenhuizen opgenomen worden dan enkele jaren geleden. Een duidelijk voorbeeld hiervan is, dat er voor rekening van de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging, aangesloten bij de Friesche Federatie, in 1932 2506 patiënten in de ziekenhuizen opgenomen werden, tegen 4428 in 1937. Een toeneming van ongeveer 75%. Het is niet onwaarschijnlijk, dat over het geheele land ongeveer hetzelfde percentage gevonden zal worden.

Uit den aard der zaak dringt zich de vraag op, waaraan deze sterke toeneming toegeschreven moet worden. Hoewel het misschien niet mogelijk is, om alle oorzaken, welke tot dit verschijnsel aanleiding gegeven hebben, op te sporen, is het niet moeilijk om de voornaamste te vinden. Sommige van de hieronder te noemen factoren zullen op zichzelf genomen geen sterke vermeerdering teweeggebracht hebben, maar toch gezamenlijk tot de toeneming hebben bijgedragen. Zelfs de kleinste oorzaken hebben tot het ontstaan van het hier te bespreken verschijnsel meegewerkt.

Als oorzaken van de steeds vermeerderende ziekenhuisopneming kunnen de volgende factoren aangewezen worden :

a. De vrees voor het ziekenhuis is overwonnen. De opvatting, dat iemand, die in een ziekenhuis opgenomen moest worden, praktisch ten doode opgeschreven was, is overwonnen. Vooral op het platteland is er in dit opzicht zeer veel veranderd. Men kan veilig aannemen, dat er, behalve onder de zeer oude menschen, thans vrijwel niemand meer is, die tegen opneming in een ziekenhuis, als dit noodig is, ernstig bezwaar maakt.

b. *Betere verzorging in een ziekenhuis.* Daar de verzorging in een ziekenhuis veelal beter is dan thuis, maken vele patiënten bij hun thuiskomst dikwijls, gewild of ongewild, propaganda voor deze inrichting. Dit heeft natuurlijk ook weer invloed op het verdwijnen van de ziekenhuisvrees.

c. *De verzekering tegen de kosten wegens ziekenhuisverpleging.* De verenigingen voor ziekenhuisverpleging nemen de financiële gevolgen van opneming in een ziekenhuis voor een groot deel of geheel weg. Hierdoor zullen de patiënten er gemakkelijker toe overgaan, om zich op te laten nemen, „daar het toch niets kost.”

d. *De vooruitgang van de medische wetenschap.* Dit feit moet als een der allerbelangrijkste oorzaken van het hier besproken verschijnsel aangemerkt worden. De vooruitgang heeft tengevolge, dat voor hoe langer hoe meer ziekten opneming in een ziekenhuis onontbeerlijk is. En schier elk specialisme heeft hiertoe bijgedragen.

Er zal op enkele verschijnselen van de vooruitgang gewezen worden; de gegeven voorbeelden zijn echter gemakkelijk te vermeerderen.

1. *Interne geneeskunde.*

Wat de interne geneeskunde aangaat, deze heeft in het laatste decennium zeer belangrijke successen behaald. De diabetes-behandeling is wel een zeer sprekend voorbeeld. Dank zij alleen reeds de vooruitgang, met betrekking tot de behandeling der genoemde ziekte, is het opnemen in een ziekenhuis voor vele patiënten noodig geworden voor wie dit vroeger niet het geval was. De reguleering van de insuline-therapie bij een diabetes-patiënt kan dikwijls niet zonder nauwkeurig bloedonderzoek geschieden en dientengevolge is het opnemen in een ziekenhuis voor vele diabetici onvermijdelijk.

Doch ook om andere redenen moeten interne patiënten veelvuldiger dan enkele jaren geleden korteren of langeren tijd in een ziekenhuis verblijven. De interne geneeskunde is niet alleen belangrijk vooruitgegaan, zij is ook ingewikkelder geworden. Men denke slechts aan de bepaling der grondstofwisseling en aan het onderzoek met den electro-cardiograaf, welke toch het best klinisch kunnen geschieden.

Het is dan ook te verwachten, dat, zoowel door het ingewikkelder worden van de methoden van onderzoek, als door den vooruitgang van de therapeutische mogelijkheden, voor interne afwijkingen hoe langer hoe meer ziekenhuisopneming noodig zal blijken.

2. *Chirurgie.*

Niet slechts op het gebied van de inwendige geneeskunde, doch ook op dat der chirurgie is een belangrijke vooruitgang vast te stellen. Het is niet noodig dit hier in extenso te bespreken, doch het verdient wel aanbeveling om op enkele ziekten, waarbij de indicatie tot chirurgisch ingrijpen thans eerder dan vroeger gesteld wordt, de aandacht te vestigen.

De ziekte van Basedow, die weinige jaren geleden slechts zuiver intern behandeld werd, is thans door goede samenwerking tusschen internist en chirurg zeer dikwijls voor chirurgische behandeling vatbaar.

De groote vorderingen van de maagchirurgie en het scherper en juist stellen van de indicatie tot het opereeren van *ulcera ventriculi* en *duodeni* moeten aangestipt worden.

Over de moderne fractuurbehandeling mag evenmin gezwezen worden. Zoowel tengevolge van de vooruitgang der Röntgenologie, als, in verband hiermede, door de hoogere eischen, die de verzekeringsmaatschappijen aan het juist behandelen van fracturen stellen, is opneming in een chirurgische kliniek thans veel meer dan vroeger aan de orde. Hierbij komt nog, dat ook leeken weten, dat zij van een fractuur volledig genezen kunnen. Zij dringen dus zelf op ziekenhuisbehandeling aan. Men eischt, en terecht, een *restitutio ad integrum*.

Het is duidelijk, dat tengevolge van alle genoemde factoren van de chirurgische hulp ruimer gebruik gemaakt wordt dan vroeger. Daarbij komt nog, dat de vrees voor operatie goeddeels verdwenen is, waardoor de patiënten spoediger in operatie zullen toestemmen.

3. *Gynaecologie en obstetrie.*

Voor al het laatste specialisme blijken hoe langer hoe meer opnemingen in een ziekenhuis te geschieden. Aan den eenen kant worden de abnormale gevallen, welke voorheen noodgedwongen thuis behandeld moesten worden, thans, mede dank zij het betere vervoer, in een ziekenhuis opgenomen, aan den anderen kant wordt, ook tengevolge van de verbeterde praenatale zorg, de indicatie tot opneming in een kliniek veel sneller gesteld. Verschillende afwijkingen worden thans in de graviditeit ontdekt, terwijl zij vroeger eerst tijdens den partus aan het licht kwamen. Dikwijls worden patiënten daarom veiligheidshalve vóór den partus in een kliniek opgenomen, waardoor het aantal opnemingen voor de obstetrie weer stijgt.

Wat de gynaecologie betreft, hier zijn, behalve de salpingografie, niet veel afwijkingen aan te wijzen, waardoor tegenwoordig meer

dan vroeger opneming in een ziekenhuis in aanmerking komt. Eerder kan men, tengevolge van de ontdekking van de hormonen een lichte daling verwachten.

4. *Röntgenologie en radiologie.*

Over de sterk toegenomen en nog toenemende beteekenis van de Röntgenologie behoeft nauwelijks te worden gesproken. In vele gevallen is het stellen van een juiste diagnose zonder Röntgenfoto niet meer mogelijk. De groote vooruitgang van dit specialisme komt grootendeels weer anderen specialismen ten goede, zoodat, tengevolge van het veelvuldige gebruik van dit moderne hulpmiddel meer opnemingen plaats vinden, niet zoozeer van zuiver Röntgenologische patiënten als wel van interne zieken.

Ook bij de radiologie kan een belangrijke vooruitgang vastgesteld worden. Niet alleen de behandeling met haute fréquence, diathermie en dergelijke, welke dikwijls poliklinisch kan geschieden, maar vooral de radium-therapie en de bestraling met Röntgenstralen van maligne tumoren zijn oorzaak van meerdere ziekenhuisopneming voor dit specialisme. Dat ook op het gebied der radiologie gelukkig nog geen stilstand valt waar te nemen, blijkt o.a. uit de nieuwe bestralingswijze van (mamma-) carcinomen volgens Coutard, welke voor de kankerbehandeling hoopvolle perspectieven schijnt te openen.

Het is dus niet onwaarschijnlijk, dat ook voor radiologische behandeling in de toekomst nog meer patiënten in het ziekenhuis opgenomen zullen moeten worden dan thans reeds het geval is.

De genoemde voorbeelden van den vooruitgang en het meer ingewikkeld worden van de geneeskunde mogen voldoende zijn. Er blijkt uit, dat vooral hierdoor het aantal in een ziekenhuis op te nemen patiënten moet stijgen.

Een uiting van deze stijging vindt men in het volgende onderzoek, dat loopt over 5063 patiënten uit Friesland, opgenomen in verschillende ziekenhuizen in de jaren 1935, 1936 en 1937. Onderzocht is, hoe groot het percentage patiënten voor elk specialisme was. Uit de hierboven gemaakte opmerkingen zal men mogen verwachten, dat de opnemingen zich vooral voor de interne geneeskunde in stijgende lijn bewegen. Dientengevolge zal, *in procenten uitgedrukt*, het aantal chirurgische gevallen moeten dalen, omdat de chirurgie in vergelijking met de interne geneeskunde niet zoovele

en zoodanige vorderingen gemaakt heeft, die de opneming in een ziekenhuis doen stijgen.

Bij het onderzoek is onderscheid gemaakt tusschen Leeuwarden en de provincie Friesland zonder Leeuwarden.

In tabel no 6 vindt men de procenten voor elk specialisme met inachtneming van de middelbare fout. Wil men tot eenigszins be-

TABEL No. 6.

Deze tabel geeft de percentages aan van de opgenomen patiënten uit Leeuwarden en uit de provincie Friesland zonder Leeuwarden, in de jaren 1935, 1936 en 1937, verdeeld naar de specialismen, met inachtneming van de middelbare fout.

	1935	1936	1937
<i>Leeuwarden</i>			
Chirurgie	43,8 ± 2,8%	36,4 ± 2,2%	37,9 ± 2,1%
Interne geneeskunde	20,5 ± 2,3%	18,8 ± 1,8%	20,0 ± 1,6%
Gynaecologie en obstetrie. .	15,7 ± 2,1%	19,6 ± 1,8%	20,3 ± 1,7%
Paediatrie	2,6 ± 0,9%	6,1 ± 1,1%	7,8 ± 1,1%
Psychatrie en neurologie . .	5,1 ± 1,2%	7,3 ± 1,2%	6,4 ± 1,0%
Oogheelkunde	2,6 ± 0,9%	1,8 ± 0,6%	1,4 ± 0,5%
Oor-, neus-, keelziekten . .	6,7 ± 1,4%	7,3 ± 1,2%	4,4 ± 0,9%
Dermatogie	2,9 ± 1,0%	2,6 ± 0,7%	1,8 ± 0,6%
Radiologie.	± 0,3%	0,2 ± 0,2%	± 0,2%
Totaal onderzochte gevallen.	311	495	564
<i>Provincie Friesland zonder Leeuwarden</i>			
Chirurgie	52,6 ± 1,8%	46,4 ± 1,4%	42,0 ± 1,2%
Interne geneeskunde	17,0 ± 1,3%	19,6 ± 1,1%	21,3 ± 1,0%
Gynaecologie en obstetrie. .	14,7 ± 1,3%	14,2 ± 1,0%	18,2 ± 1,0%
Paediatrie	2,2 ± 0,5%	4,0 ± 0,6%	5,0 ± 0,5%
Psychatrie en neurologie . .	3,6 ± 0,7%	2,9 ± 0,5%	2,8 ± 0,4%
Oogheelkunde	2,1 ± 0,5%	2,0 ± 0,4%	2,2 ± 0,4%
Oor-, neus-, keelziekten . .	6,3 ± 0,9%	10,1 ± 0,9%	7,3 ± 0,7%
Dermatologie	0,8 ± 0,3%	0,4 ± 0,2%	0,6 ± 0,2%
Radiologie.	0,8 ± 0,3%	0,4 ± 0,2%	0,7 ± 0,2%
Totaal onderzochte gevallen.	787	1201	1705

trouwbare conclusies komen, dan moet men, behalve met het werkelijke, het „ware” verschil tusschen de diverse jaren, ook met de middelbare fout van het verschil rekening houden.

In tabel no 7, die uit tabel no 6 afgeleid is, is daarom het ware verschil opgegeven, met daarnaast de middelbare fout van het verschil over de laatste drie jaren. De cijfers, waaruit men, zonder grove fouten te maken, conclusies mag trekken, zijn in deze tabel vetgedrukt.

TABEL No. 7.

Deze tabel geeft aan het ware verschil tusschen de percentages van de jaren 1935/1936 en 1936/1937, zooals deze percentages in tabel no. 6 weergegeven zijn, terwijl verder de middelbare fout van het verschil is vermeld. Als er een — teeken is gebruikt, wil dit zeggen, dat er in 1936 of 1937 een kleiner percentage patiënten is opgenomen dan in het daaraan voorafgaande jaar, terwijl een + teeken een vermeerdering van het percentage aangeeft.

	ware verschil	middelb. fout v.h. verschil	ware verschil	middelb. fout v.h. verschil
	1935—1936		1936—1937	
Leeuwarden				
Chirurgie	— 7,4	3,6	+ 1,5	3,0
Interne geneeskunde . . .	— 1,7	2,9	+ 1,2	2,4
Gynaecologie en obstetrie .	+ 3,9	2,7	+ 0,7	2,5
Paediatrie	+ 3,5	1,4	+ 1,7	1,6
Psychiatrie en neurologie .	+ 2,2	1,8	— 0,9	1,6
Oogheelkunde	— 0,8	1,1	— 0,4	0,8
Oor-, neus-, keelziekten . .	+ 0,6	1,8	— 2,9	1,5
Dermatologie	— 0,3	1,2	— 0,8	0,9
Radiologie	+ 0,2	0,4	0,0	0,3
Provincie Friesland zonder Leeuwarden				
Chirurgie	— 6,2	2,3	— 4,4	1,8
Interne geneeskunde . . .	+ 2,6	1,7	+ 1,7	1,5
Gynaecologie en obstetrie .	— 0,5	1,6	+ 4,0	1,4
Paediatrie	+ 1,8	0,8	+ 1,0	0,8
Psychiatrie en neurologie .	— 0,7	0,9	— 0,1	0,6
Oogheelkunde	— 0,1	0,6	+ 0,2	0,6
Oor-, neus-, keelziekten . .	+ 3,8	1,3	— 2,8	1,1
Dermatologie	— 0,4	0,4	+ 0,2	0,3
Radiologie	— 0,4	0,4	+ 0,3	0,3

Het blijkt bij nadere bestudeering van deze cijfers, dat er een belangrijk verschil is tusschen Leeuwarden en de rest van de provincie Friesland. Wil men met eenig recht spreken van een neiging tot stijging der opnemingen bij een bepaald specialisme, dan moet de stijging zich gedurende de drie onderzochte jaren op ongeveer dezelfde hoogte houden.

Het blijkt uit tabel no 7, dat men, wat Leeuwarden betreft, alleen voor de paediatrie van een neiging tot stijging van het aantal opnemingen mag spreken, zij het, dat deze voor 1935—1936 sterker is, dan voor 1936—1937.

Op het platteland zijn er echter drie specialismen, die de aandacht vragen, en wel de chirurgie, de interne geneeskunde en de paediatrie.

De laatste twee bewegen zich zeker in stijgende lijn, terwijl de chirurgie hier duidelijk een daling (in procenten) blijkt te ondergaan.

De eerste vraag, welke beantwoord dient te worden, is, waaraan het merkwaardige verschil tusschen stad en platteland toegeschreven moet worden. Mogelijk wordt het antwoord geheel of gedeeltelijk gevonden in de omstandigheid, dat de interne observatie in een stad voor een deel der gevallen poliklinisch geschieden kan, terwijl voor soortgelijke gevallen, doch afkomstig van het platteland, ziekenhuisopneming noodig is.

Hierdoor kan men verwachten, dat de vooruitgang van de medische wetenschap zijn invloed op de ziekenhuisopneming vooral op het platteland zal doen gelden, en dat deze invloed daar tot uiting zal komen in het verschijnsel, dat er hoe langer hoe meer patiënten voor observatie in een ziekenhuis opgenomen worden. Inderdaad kan uit de in de tabellen no's 6 en 7 weergegeven cijfers afgeleid worden, dat er op het platteland een stijging van het aantal patiënten, dat voor een interne aandoening opgenomen wordt, is waar te nemen.

Dat de kindergeneeskunde, zoowel in de stad als op het platteland, steeds meer opnemingen op haar rekening krijgt, is wellicht te danken aan de verbeterde zuigelingenverzorging, waardoor afwijkingen op den zuigelingenleeftijd veel eerder waargenomen en juist behandeld worden.

De daling van de opneming van chirurgische gevallen in procenten (in het bijzonder op het platteland) is waarschijnlijk alleen toe te schrijven aan het feit, dat bij andere specialismen het aantal opnemingen gestegen is. Men vergeet niet, dat in de tabellen verhoudingsgetallen en geen absolute cijfers vermeld zijn.

Op grond der cijfers en het hierboven besprokene bestaat er alle reden om te verwachten, dat met name de stijging voor de interne geneeskunde en mogelijk ook die voor de kindergeneeskunde zich in de eerstvolgende jaren handhaven zullen.

e. D e s l e c h t e t i j d s o m s t a n d i g h e d e n. Een, zij het minder belangrijke factor voor de vermeerderende ziekenhuisopneming is verder nog gelegen in de slechte tijdsomstandigheden, waardoor sommigen, die vroeger geheel normaal waren, nerveuse of functioneele klachten krijgen, waarmee de huisarts tenslotte geen raad meer weet, waardoor er voor hem geen andere weg overblijft dan de patiënten voor observatie naar een ziekenhuis te zenden.

Verder zal ook tengevolge van „crisis”-toestanden de sociale indicatie voor het opnemen spoediger gesteld worden.

f. **Het verkeer.** Ook de toenemende intensiteit van het verkeer mogen wij als een oorzaak van vermeerderende ziekenhuisopneming aanvoeren. Het aantal ongevallen wordt grooter, terwijl steeds een zeker percentage der ongevals-patiënten in een ziekenhuis behandeld moet worden.

g. **De vestiging van meer jonge artsen.** De vestiging van een toenemend aantal jonge artsen is mede een factor, die tot een vermeerdering van de ziekenhuisopneming kan leiden.

Het stellen van de indicatie voor het opnemen in een kliniek is een kunst, die geheel in de praktijk geleerd moet worden en die de een vlugger, de ander pas na langeren tijd meester wordt. Daarbij komt uiteraard nog een zeker gebrek aan zelfvertrouwen. Zoo kan het verschijnsel verklaard worden, dat in streken, waar jonge artsen zich gevestigd hebben, een min of meer sterke stijging van de ziekenhuisopneming aantoonbaar is.

Echter ligt de schuld, voorzoover van schuld gesproken kan worden, niet steeds bij de *jonge artsen*. Een enkel voorbeeld moge dit toelichten. In zeker dorp, waar een oude arts reeds lange jaren gevestigd was, verloor een ouderpaar vier kinderen aan peritonitis. Toen een jong arts de praktijk overnam, werd het vijfde kind uit hetzelfde gezin ziek. Het bleek lijdende te zijn aan een appendicitis, waarvoor het geopereerd werd. Zoo werden er in de enkele jaren, dat die jonge arts in het dorp de praktijk uitoefende, eenige tientallen patiënten voor appendicitis geopereerd, wat daar vroeger nooit voorgekomen was. In dat geval stelde de jonge arts de indicatie voor ziekenhuisopneming dus beter dan zijn voorganger.

h. **Het ziekenvervoer.** In nauw verband met de overige oorzaken voor de vermeerderende ziekenhuisopneming staat de oorzaak, gelegen in de omstandigheid, dat het ziekenvervoer de laatste jaren belangrijk verbeterd is. Dit heeft tengevolge, dat vele handelingen, welke de artsen vroeger nolens volens zelf moesten doen, thans door specialisten geschieden. Een jong arts, die zelf nog nooit een fractuur gereponeerd heeft, zal, omdat het vervoer zoo eenvoudig is, de repositie gaarne aan een specialist overlaten. Hierdoor zal hij er in den vervolge nooit meer toe komen om zelfs een eenvoudige fractuur zelf te reponeeren. Ceteris paribus kan hetzelfde ook ten aanzien van moeilijke verloskundige gevallen vast-

gesteld worden. Ontegengesteld zal de indicatie voor ziekenhuisopneming door een en ander spoediger gesteld worden, met als gevolg meer opnemingen. Daarbij komt nog, dat de hulp in een goed geoutilleerd ziekenhuis beter verleend kan worden dan thuis, waardoor de arts, rekening houdende met de goede vervoersmogelijkheden, eerder dan voorheen tot overbrenging naar een ziekenhuis zal besluiten.

i. De patiënten zelf. Tenslotte moet er nog op gewezen worden, dat de patiënten zelf er zeer gemakkelijk toe overgaan om zich op te laten nemen. Dit geldt vooral voor de steden, doch ook op het platteland is dit waar te nemen.

Wat de steden aangaat, hier ziet men, dat de huisartsen nog al eens hun patiënten in de ziekenhuizen behandelen. En door het verdwijnen van de vrees voor het ziekenhuis, en door de betere verkeersmogelijkheden, waardoor bovendien de familie gemakkelijk in staat is den patiënt te bezoeken, is het op het platteland iets gewoons, dat er, als een patiënt niet het rechte vertrouwen in zijn huisarts heeft, of indien de ziekte naar het inzicht van den patiënt of diens omgeving te lang duurt, drang op den huisarts uitgeoefend wordt, om den patiënt in een ziekenhuis te doen opnemen, opdat een specialist de behandeling overneemt. Daarbij komt nog, dat het opnemen in een ziekenhuis, als men daarvoor verzekerd is, toch niets kost, wat de neiging om opgenomen te worden, nog sterker doet worden.

Het is noodig, dat de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging zich van de oorzaken van de vermeerderende ziekenhuisopneming op de hoogte stellen. Aan den eenen kant zullen zij dan overtuigd worden van de noodzakelijkheid om een controleerenden geneesheer aan te stellen, terwijl zij zich aan den anderen kant niet over de vermeerdering van het aantal opnemingen zullen behoeven te verwonderen.

HOOFDSTUK XII

DE SOCIALE BETEKENIS VAN DE VEREENIGINGEN VOOR ZIEKENHUISVERPLEGING IN FRIESLAND.

Hoe groot de sociale beteekenis van de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging is, kan eenigermate tot uiting gebracht worden door het getal, dat aangeeft, hoe groot het aantal verzekerde zielen per duizend zielen der provinciale bevolking is. De bepaling van het bedoelde getal gaat evenwel met groote moeilijkheden gepaard.

Het is namelijk niet bekend, hoeveel zielen in Friesland tegen de kosten van opnemings in een ziekenhuis op eenigerlei wijze verzekerd zijn, en evenmin, hoeveel zielen in de Federatie van Vereenigingen voor ziekenhuisverpleging in Friesland ondergebracht zijn. Alleen is bekend, hoeveel leden (dit zijn de gezinshoofden met hun gezin en de alleenstaande personen) deze Federatie omvat. Uit de berekening, zooals die in hoofdstuk XI weergegeven is, blijkt, dat het aantal zielen, dat bij de genoemde Federatie verzekerd is, op ongeveer 170.000 geschat mag worden (zie blz. 106).

Aangezien overeenkomstige gegevens van de vereenigingen, niet aangesloten bij de Federatie, mij grootendeels onbekend waren, kon een schatting van het aantal bij deze vereenigingen verzekerde zielen niet gemaakt worden. Bij de berekening van het aantal bij de Federatie verzekerde zielen is het aantal inwoners van de plaatsen, waarover de werkzaamheid van de niet aangesloten vereenigingen zich uitstrekt, uitgeschakeld. Op deze wijze is de fout, welke bij het bepalen van het aantal verzekerden per duizend zielen der bevolking gemaakt moest worden, zoo klein mogelijk gehouden.

Omdat evenmin nagegaan kon worden, hoe groot het aantal zielen is, dat bij de verzekeringsmaatschappijen tegen de kosten van ziekenhuisverpleging aangesloten is, zijn ook deze niet meegerekend. De hierna te noemen cijfers hebben dus alleen betrekking op de onderling werkende vereenigingen voor ziekenhuisverpleging, en wel alleen voorzooverre zij bij de Federatie aangesloten zijn. Het

werkelijk aantal der tegen de kosten van ziekenhuisverpleging verzekerde zielen zal aanzienlijk hooger zijn.

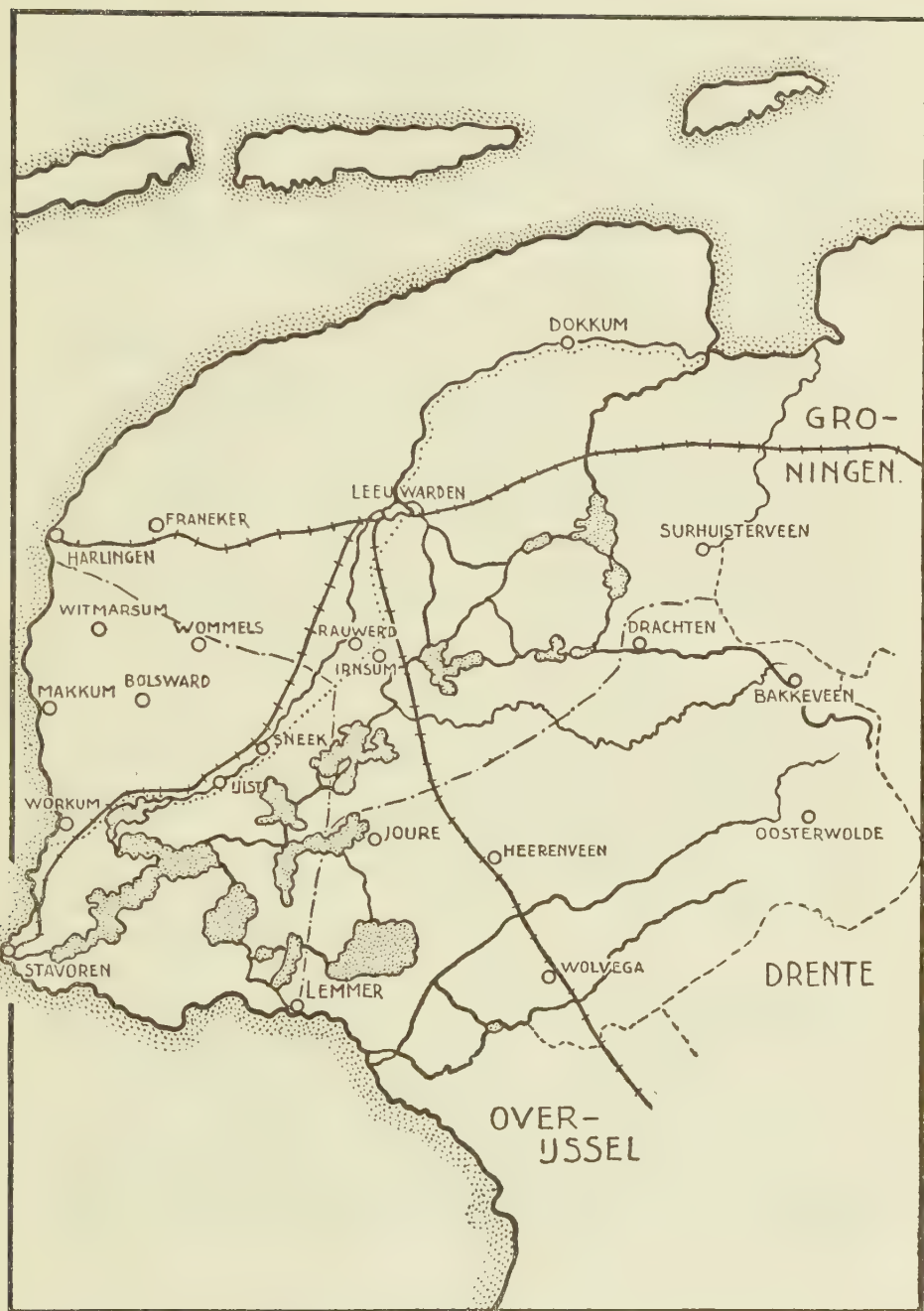
In dit hoofdstuk zullen de cijfers, afkomstig van de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging, vergeleken worden met die van de ziekenfondsen. Deze laatste cijfers zijn van 1936 en waren zuiver te verkrijgen uit de Ziekenfondsstatistiek (14). Hoewel de vergelijking gaat over 1936, neemt dit niet weg, dat de verhoudingen ook nu nog wel als ongeveer juist zijn aan te nemen.

Omdat er in vele opzichten verschillen tusschen bepaalde streken van Friesland bestaan, moet onderscheid gemaakt worden tusschen de steden Leeuwarden, Sneek en Dokkum, de Friesche Kleistreken en de Friesche zand- en veengebieden.

De verschillen liggen zoowel op materieel gebied (de kleistreek is in het algemeen welvarender) als ook op het terrein van het volkskarakter.

Dat er verschil in karakter bestaat, is een bekend feit. Er is evenwel geen literatuur te vinden, welke het onderscheid dienaangaande tusschen de bewoners van de kleistreken en die van de zand- en veengebieden in Friesland duidelijk beschrijft. Zijn de eersten gekenmerkt door een fier, zelfstandig, vooruitstrevend karakter, de laatsten onderscheiden zich door een ietwat luchtige en gemakkelijke levensopvatting. Toch worden de karaktereigenschappen van de bewoners der kleistreken ook wel bij die der zand- en veengebieden gevonden. Mogelijk kan zoowel in geringe rasvermenging met de Saksen (vooral in de omstreken van Bakkeveen) als in het feit, dat de menschen in de zandstreek eeuwen lang op de heide een zeer armoedig bestaan hadden, een verklaring voor hun levenshouding gevonden worden. Eerst in de laatste decennia, na de invoering van de kunstmest, is de zandstreek tot grooteren bloei gekomen.

Over het algemeen treft men op het platteland een juist inzicht in het begrip verzekering aan. Dit blijkt ook ten aanzien van de verzekering tegen de kosten van geneeskundige hulp in het algemeen. De minder goed gesitueerden kunnen de kosten van de huisartsenhulp meestal wel zelf betalen; vooral in de kleistreek is dit het geval. Zij gaan er daarom niet gemakkelijk toe over zich tegen deze kosten te verzekeren. Echter blijkt, dat zij zich gaarne bij een vereeniging voor ziekenhuisverpleging aansluiten, omdat opnemng en behandeling in een ziekenhuis voor hen een financieele ramp zou worden, waardoor zij hun zelfstandigheid prijs zouden moeten geven. Het is dan ook te begrijpen, dat de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging



-----GRENZEN VAN
DE MAATSCHAPPIJ ZIEKENFONDSEN

.....SCHEIDING
ZAND-EN KLEISTREEK

in Friesland een hooge vlucht genomen hebben. Ten aanzien van de bevolking in de zandstreken, met haar meer luchtige levensopvatting en nog onder den invloed van de door de voorouders geleden armoede, mag men verwachten, dat zij zich spoediger bij een ziekenfonds aan zal sluiten, dan de bevolking der kleistreken. Anderzijds is het begrijpelijk, zooals aanstonds blijken zal, dat de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging zich in de zandstreken iets minder goed hebben kunnen ontwikkelen. Voor vele bewoners is de gang naar het Burgerlijk Armbestuur niet moeilijk.

In de steden met haar zeer gemengde bevolking, waar het geld zoo veel gemakkelijker dan op het platteland uitgegeven wordt, en waar ook de idee meer doorgedrongen is, om zich tegen elk denkbaar risico te verzekeren, zal men een grooten bloei, zoowel van het ziekenfondswezen als van de verzekering voor ziekenhuisverpleging kunnen verwachten. Dat het aantal aangeslotenen bij de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging in de steden Leeuwarden en Sneek belangrijk lager is dan op het platteland, behoeft niet als een argument tegen de geuite verwachting aangevoerd te worden, omdat juist in de steden de verzekeringsmaatschappijen tegen de kosten van ziekenhuisverpleging vrij veel verzekerden tellen. (Zooals gezegd, kan dit laatste niet met cijfers bewezen worden).

Samenvattende kan men dus verwachten, dat de ziekenfondsen zich het best in de steden ontwikkeld hebben, minder goed in de zandstreken en het slechtst in de kleistreken, en dat de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging in de kleistreken het best, in de zandstreken iets minder goed en in de steden nog minder goed tot ontplooiing zijn gekomen.

Thans moge nagegaan worden, in hoeverre de vooropgezette verwachting met de werkelijke gegevens strookt.

De scheidingslijn tusschen de zand- en kleistreek, welke op het hiervoor afgebeelde kaartje aangegeven is, loopt ongeveer van Workum, via Sneek, Irnsum en Leeuwarden, langs de Dokkumer Ee naar Dokkum en verder naar de Lauwerszee.

De cijfers, welke aangeven het aantal zielen per duizend inwoners, dat bij ziekenfondsen en ziekenhuisverplegingsvereenigingen aangesloten is, blijken met de hierboven uitgesproken verwachting in overeenstemming te zijn.

TABEL No. 8.

Aantal zielen per duizend inwoners, verzekerd bij ziekenfondsen en vereenigingen voor ziekenhuisverpleging.

	Ziekenfondsen	Vereenigingen voor ziekenhuisverpleging
Steden : Leeuwarden		363
Sneek	267	392
Dokkum		542
Kleistreek	38	497
Zandstreek	88	471
Gemiddeld	112	484

Tabel no 8 is als volgt berekend.

Bekend waren de volgende gegevens :

1. het aantal verzekerde zielen per ziekenfonds ;
2. de in Friesland werkzame ziekenfondsen en het gebied, waarover zij hun werkzaamheden uitstrekken ;
3. het aantal leden (dit zijn de gezinshoofden en de alleenstaande personen) van de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging, aangesloten bij de Federatie ;
4. het aantal zielen van elke gemeente van Friesland.

Onbekend was het aantal zielen, dat bij de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging verzekerd was. Echter blijkt uit de berekening in hoofdstuk XI, dat het aantal verzekerde zielen op $2\frac{1}{2}$ maal het aantal leden geschat mag worden (zie blz. 106).

Door nu het aantal bij de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging en bij de ziekenfondsen verzekerde zielen te deelen op het aantal inwoners en het verkregen getal met 1000 te vermenigvuldigen, zijn de hierboven opgenomen cijfers verkregen.

Op overeenkomstige wijze is het gemiddelde aantal verzekerde zielen per duizend inwoners in Friesland berekend uit het totale aantal verzekerde zielen bij ziekenfondsen en bij vereenigingen voor ziekenhuisverpleging en uit het totale aantal inwoners.

De cijfers uit tabel no 8 geven aanleiding tot het maken van enkele opmerkingen. Het verschil tusschen zand- en kleistreek is, wat het aantal bij de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging verzekerde zielen aangaat, niet belangrijk, doch het groote verschil tusschen Leeuwarden en Sneek eenerzijds en Dokkum anderzijds eischt eenige verklaring.

Dit verschil is waarschijnlijk toe te schrijven aan het feit, dat Dokkum, hoewel een centrum voor den Noord-Oosthoek van Fries-

land, geen typische stad is, doch in vele opzichten met de grootere plattelandsdorpen vergeleken kan worden. Hierdoor komt in Dokkum het saamhorigheidsgevoel duidelijk tot uiting, waardoor een vereeniging voor ziekenhuisverpleging een goede ontwikkelingsmogelijkheid heeft. Dit is in Leeuwarden en Sneek, die belangrijk groter zijn, geheel anders, omdat hier het stedelijke karakter overheerscht, waardoor de verzekeringsmaatschappijen er een dankbaar arbeids-terrein vinden en waardoor de onderlinge verzekering tegen de kosten van ziekenhuisverpleging een minder goede kans van slagen heeft.

De cijfers, die op de ziekenfondsen betrekking hebben, geven echter nog merkwaardiger verschillen te zien.

Van de stedelijke bevolking (alleen de drie genoemde zijn onderzocht, omdat van de andere geen afzonderlijke gegevens bekend zijn) blijkt meer dan 25 % bij de ziekenfondsen aangesloten te zijn, terwijl op het platteland nog geen 10 % van de bevolking ziekenfondslid is.

Het verschil tusschen de klei- en de zandstreek is eveneens treffend. Wat het cijfer voor de kleistreek aangaat, hierover moet opgemerkt worden, dat hierin ook de ziekenfondsleden van de steden Harlingen, Franeker, Bolsward en Workum begrepen zijn. Indien de cijfers betreffende de ziekenfondsleden van deze steden bekend waren, zou wellicht blijken, dat de beteekenis van de ziekenfondsen op de kleistreek, buiten de genoemde steden, practisch gelijk nul is.

De ziekenfondsen in de zandstreek mogen van iets grooter beteekenis zijn, toch is het cijfer zeer laag te noemen, met name in vergelijking met dat van de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging. In Mei 1938 is een kleine toevoeging aan de ziekenfondsstatistiek verschenen (15), waarin de cijfers van 1 Januari 1938 summier weergegeven zijn. Daaruit blijkt, dat de toeneming van het aantal ziekenfondsleden in Friesland 15 % bedroeg, terwijl dit voor het geheele Rijk 10 % was. Nader verstrekte gegevens leerden, dat de groote toeneming voornamelijk vast te stellen was bij het Maatschappij Ziekenfonds „Heereveen en Omstreken”, en het Maatschappij Ziekenfonds „Frieslands Zuidwesthoek”, alsmede in de groote plaatsen als Leeuwarden, Sneek, Harlingen en Heerenveen, m.a.w. in de zandstreek en de steden.

De opvatting, welke dikwijls naar voren gebracht wordt, dat waar de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging zich goed ontwikkeld hebben, de ziekenfondsen slechts een geringe beteekenis bezitten,

gaat voor Friesland zeker op. Het is echter onjuist om een direct verband tusschen deze twee instellingen te leggen in dien zin, dat de eene organisatie ten koste van de andere zou leven. Veeleer moet de oorzaak daarvan gezocht worden in het zuiverder aanvoelen van het begrip verzekering.

Naar ruwe schatting zullen in Nederland ruim 1.000.000 zielen bij de onderling werkende vereenigingen voor ziekenhuisverpleging aangesloten zijn, dit is, indien men de bevolking van Nederland op 8.000.000 rekent, ongeveer 125 per duizend.

De bijzondere beteekenis, welke de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging voor Friesland hebben, komt duidelijk tot uiting, als men het cijfer, dat op de geheele Nederlandsche bevolking betrekking heeft, met het Friesche cijfer vergelijkt. In Friesland zijn toch zeker 484 per 1000 zielen bij deze organisaties verzekerd.

De verzekering voor ziekenhuisverpleging, met name in den vorm, zooals die door de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging verschaft wordt, is van groote beteekenis voor de volksgezondheid. Zij stelt de bevolking in staat zich tegen de kosten van opneming en behandeling in een ziekenhuis door betaling van een betrekkelijk geringe premie te verzekeren, en voorkomt daardoor, dat vele minder goed gesitueerden van voor hen noodzakelijke specialistische hulp verstoken blijven. De vereenigingen voor ziekenhuisverpleging, en wel in het bijzonder die in Friesland, organiseren de verzekering op een wijze, die, sociaal bezien, zeer gelukkig genoemd mag worden, doordat zij een gezinspremie kennen, welke, ongeacht de grootte van het gezin, dezelfde is. Daardoor worden de vele lasten, welke de groote gezinnen te dragen hebben, althans met betrekking tot de verzekering voor ziekenhuisverpleging verlicht. En voor het algemeene welzijn is het van veel beteekenis, dat ook en vooral groote gezinnen zich op zeer gunstige voorwaarden tegen de kosten, verbonden aan verpleging en behandeling in een ziekenhuis verzekeren kunnen. In de gezinspremie komt het saamhorigheidsgevoel, dat men op het platteland nog zeer dikwijls aantreft, wel zeer duidelijk tot uiting.

Het werk der vereenigingen voor ziekenhuisverpleging voorkomt verder, dat vele on- en minvermogenden door de opneming in een ziekenhuis ruïneuse financieele schade zouden lijden. De vereenigingen werken er aan mede, om te verhinderen, dat vele kleine zelfstandigen tengevolge van een ernstige ziekte hun zelfstandigheid zouden verliezen, of dat zij zich tot het burgerlijk armbestuur om hulp zouden moeten wenden. De door de vereenigingen voor zieken-

huisverpleging geschapen mogelijkheid om zich voor een niet te hoog bedrag, geheel, of in elk geval voor een belangrijk deel, tegen de kosten, die aan een verblijf in een ziekenhuis onvermijdelijk verbonden zijn, te verzekeren, kweekt het verantwoordelijkheidsgevoel aan en bevordert daarmee de ontwikkeling van het karakter van ons volk in de richting van degelijkheid.

Tenslotte wordt door het werk der vereenigingen tegengegaan, dat velen, omdat zij de kosten, verbonden aan opneming en behandeling in een ziekenhuis niet betalen kunnen, de hulp van de gemeente in moeten roepen, Hierdoor worden de gemeente-financiën verlicht.

HOOFDSTUK XIII

MAATSCHAPPIJEN, DIE UIT COMMERCIEEL OOGPUNT DE VERZEKERING TEGEN DE KOSTEN VAN ZIEKENHUISVERPLEGING TER HAND NEMEN

Er zijn veel verzekeringsmaatschappijen in ons land, die als bij-object, of ook wel in hoofdzaak, de verzekering tegen de kosten, verbonden aan de opneming in een ziekenhuis, verzorgen. Zij hebben deze verzekering eerst ter hand genomen, toen de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging het terrein reeds goeddeels bewerkt hadden. Het doel, waarvoor de maatschappijen dezen vorm van verzekering gingen exploiteeren, was alleen het maken van winst. Philantropische motieven, noch de wil om de volksgezondheid te dienen, hebben een rol gespeeld.

Hoewel schier elke maatschappij haar eigen polisvoorwaarden heeft, welke van die bij andere maatschappijen verschillen, is het toch niet moeilijk om in groote lijnen de werkwijzen dezer verzekeringsorganen te schetsen.

Indien opneming in een ziekenhuis noodzakelijk is, — dit wordt dikwijls eerst door een controleerenden geneesheer vastgesteld — vergoeden zij in de meeste gevallen slechts de kosten van verpleging en operatie. Enkele stellen ook de gelegenheid open om zich tegen alle specialistische hulp, alsmede tegen de bijkomende kosten te verzekeren. Meestal is de maximaal te vergoeden verpleegduur belangrijk langer dan bij de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging, nl. ongeveer 60 dagen. Ook de maximaal uit te keeren vergoedingen van de kosten van de klinisch-specialistische hulp zijn vaak hooger, dan die bij de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging, met name bij die in Friesland. Een verklaring hiervoor is gelegen in het feit, dat de vergoedingen ingesteld zijn op de medische tarieven in Holland, welke aanmerkelijk hooger dan in Friesland zijn.

De premie is verschillend van grootte. Men verzekert zich steeds

tegen de kosten van verpleging in een ziekenhuis, terwijl men zich daarnaast bovendien kan verzekeren tegen verschillende andere kosten, zooals die van specialistische (dikwijls alleen chirurgische) hulp, bij-onkosten, enz. Voor elk van deze extra vergoedingen is een aparte premie verschuldigd, zoodat de totaal te betalen premie gelijk is aan de som van de aparte premies voor de vergoedingen, waarvoor men zich verzekerd heeft. Zooals begrijpelijk, kennen deze maatschappijen alleen een verzekering per ziel en niet per gezin. Het gevaar van dezen vorm van geneeskundige verzekering is, dat men zich, uit zuinigheidsoverwegingen, niet volledig verzekert, zoodat, indien een verzekerde in een ziekenhuis opgenomen wordt, hij nog een grooter of kleiner bedrag bij zal moeten betalen.

Daarbij komt nog, dat de polisvoorwaarden vaak moeilijk begrijpbaar zijn, althans voor eenvoudige lieden, zoodat deze soms meenen voor meer vergoedingen in aanmerking te komen, dan in werkelijkheid het geval is.

De premie is dikwijls, zoo niet altijd, hooger dan de contributie voor de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging, die aan haar leden dezelfde uitkeering verstrekken. Dit is ook begrijpelijk, omdat de vereenigingen niet beoogen winst te maken.

Toch blijkt het, dat, niettegenstaande de gebreken, welke aan dezen vorm van verzekering voor ziekenhuisverpleging kleven, er nog zeer velen zijn, die zich bij een verzekeringsmaatschappij aansluiten. Vooral in de steden hebben de maatschappijen een belangrijk aantal verzekerden, waarschijnlijk, zoowel omdat de stedelijke bevolking gemakkelijker te bewerken is, als omdat het saamhoorigheidsgevoel onder haar niet tot ontwikkeling gekomen is.

Een andere reden voor succes is gelegen in het feit, dat de maatschappijen veel ruimere vergoedingen geven, zoowel wat de maximum-verpleegduur aangaat, als wat het hoogere bedrag voor klinisch-specialistische hulp betreft. Intusschen is hierin slechts een schijnvoordeel gelegen, want bij ongeveer 80 % der opgenomen patiënten is de verpleegduur korter dan 30 dagen, terwijl het eindbedrag van de nota's der specialisten (althans in het Noorden) meestal een lager bedrag aanwijst, dan het bedrag der maximaal uit te keeren vergoeding.

Het is echter desondanks niet onwaarschijnlijk, dat de maatschappijen een gevaar voor de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging kunnen vormen. Het ligt voor de hand, dat zij juist kleine gezinnen van de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging trachten

af te nemen en dat zij groote aan deze vereenigingen overlaten, met het gevolg, dat de laatste gedwongen zullen zijn om de contributie te verhoogen. Hierdoor kan het noodig worden, dat de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging overgaan tot het vervangen van de gezinspremie door een premie per ziel, waardoor een belangrijk sociaal element verloren zou gaan.

Toch zal een goed georganiseerde vereeniging voor ziekenhuisverpleging, die door medische contrôle de noodzakelijkheid van haar uitgaven kan beoordeelen, ontegenzeggelijk voordeliger voorwaarden aan kunnen bieden dan een maatschappij, omdat een vereeniging niet het maken van winst beoogt.

HOOFDSTUK XIV

VOOR- EN NADEELEN VAN DE VERSCHILLENDE VORMEN, VOLGENS WELKE MEN ZICH TEGEN DE KOSTEN VAN ZIEKENHUISVERPLEGING VERZEKEREN KAN

In dit hoofdstuk zullen de voor- en nadeelen van de verschillende vormen, volgens welke men zich tegen de kosten van ziekenhuisverpleging verzekeren kan, samengevat en nader onder het oog gezien worden. De vormen, welke aan een beschouwing onderworpen worden, zijn :

- A. de „zuivere” verplegingsfondsen ;
- B. de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging, die tevens de klinisch-specialistische hulp vergoeden ;
- C. de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging, verbonden aan een ziekenfonds ;
- D. de verzekeringsmaatschappijen, welke de verzekering voor ziekenhuisverpleging ter hand genomen hebben.

Vervolgens zal nog in de vijfde plaats gesproken worden over de vraag, of samenvoeging van verschillende vereenigingen voor ziekenhuisverpleging tot één groote wenschelijk is.

A. *De „zuivere verplegingsfondsen”*. Aan den vorm van verzekering tegen de kosten van ziekenhuisverpleging, welke deze organen verschaffen, kleven belangrijke nadeelen. Voorzoover de leden op één bepaald ziekenhuis aangewezen zijn, geldt het bezwaar, dat geen vrije ziekenhuiskeuze gewaarborgd is. Wordt aan de leden wel vrije ziekenhuiskeuze toegestaan, dan is de verwezenlijking daarvan voor vele patiënten toch niet mogelijk, omdat de meeste leden toch een ziekenhuis moeten uitkiezen, waar de kosten van de klinisch-specialistische hulp in de verpleegkosten begrepen zijn.

Zooals reeds uit de vermelde twee nadeelen blijkt, is ook vrije artsenkeuze bij dezen vorm, in verband met de beperkte ziekenhuis-

keuze, vrijwel uitgesloten. Bovendien wordt slechts een beperkte en veel te geringe vergoeding uitgekeerd.

Enkele vereenigingen voor ziekenhuisverpleging in Friesland trachten aan de bezwaren tegemoet te komen door een bepaling in haar reglementen, welke de leden in de gelegenheid stelt om bij opneming in een ander ziekenhuis dan het Academisch Ziekenhuis te Groningen en het Kinderziekenhuis aldaar, over een bedrag te beschikken, gelijk aan het product van het maximum-aantal te vergoeden verpleegdagen en de kosten per ligdag, uit welk bedrag alle gemaakte kosten bestreden zouden kunnen worden, ook die van de klinisch-specialistische hulp en dergelijke. Echter blijkt dit bedrag meestal lang niet toereikend te zijn.

Als voordeelen kunnen worden beschouwd, dat de contributie bij de zuivere verplegingsfondsen dikwijls zeer laag gesteld kan worden en dat zij onderling werken. De voordeelen zijn echter belangrijk geringer dan de nadeelen.

B. De vereenigingen voor ziekenhuisverpleging, die tevens de klinisch-specialistische hulp vergoeden. Indien deze vereenigingen, welke, evenals de vorige, onderling werken, aan haar leden een zoo volledig mogelijke vergoeding geven in den vorm, zooals die in hoofdstuk IX uiteengezet is, kunnen er weinig gezwaren tegen ingebracht worden.

Echter blijkt in de praktijk, dat lang niet alle vereenigingen voor ziekenhuisverpleging, behoorende tot deze groep, werkelijk een zoo volledig mogelijke vergoeding aan haar leden verstrekken, wat zeker als een nadeel beschouwd moet worden.

Verder is het een groot gebrek, ook bij deze vereenigingen, dat zij niet over de hulp van een controleerenden geneesheer beschikken, waardoor te veel geld uitgegeven wordt en de contributie dikwijls te hoog is.

Als voordeel moet aangemerkt worden, dat alle opgebrachte gelden ten bate van de leden komen, zoodat zij, als de hierboven aangegeven nadeelen op de reeds vermelde wijze opgeheven zijn, het ideaal heel dicht benaderen.

C. De vereenigingen voor ziekenhuisverpleging, verbonden aan een ziekenfonds. Het groote nadeel van deze vereenigingen is, dat zij een welstandsgrens kennen en slechts toegankelijk zijn voor leden van het ziekenfonds, waaraan zij verbonden zijn.

Daarbij komt nog, dat het ziekenfonds de klinische hulp betaalt, wat op de reeds in hoofdstuk V genoemde gronden onjuist is te achten.

Verder geven zij niet steeds een volledige restitutie van de verpleegkosten (dikwijls slechts 90 % van de dagverpleegkosten van een nabij ziekenhuis, gedurende b.v. 30 dagen), terwijl de vervaardiging van Röntgenfoto's en andere bij-onkosten soms niet vergoed worden.

Een voordeel is, dat men zich tegen een vaste premie kan verzekeren, doch dit weegt lang niet tegen de genoemde nadeelen op.

D. De verzekeringsmaatschappijen, welke de verzekering voor ziekenhuisverpleging ter hand genomen hebben. Aan dezen vorm van verzekering kleven belangrijke nadeelen. In de eerste plaats wordt slechts zelden een zoo volledig mogelijke verzekering gegeven, terwijl de premie dikwijls, zoo niet altijd, belangrijk hooger is, dan de contributie van de onderling werkende organisaties.

Een voordeel kan gelegen zijn in het feit, dat een langere maximum-verpleegduur aan de verzekerden vergoed wordt, langer dan bij de meeste onderling werkende organisaties, doch omdat het niet dikwijls voorkomt, dat een patiënt langer dan 30 dagen verpleegd moet worden, heeft dit voordeel meer propagandistische dan werkelijke waarde.

E. Versnippering of samenvoeging? De vraag, welke hier beantwoord moet worden, is, of het voor de ontwikkeling van de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging beter is, dat verschillende kleine vereenigingen tot één groote samengevoegd worden, of dat de toestand, zooals hij zich tegenwoordig aan ons voordoet, zonder bezwaar bestendig kan blijven.

Het spreekt vanzelf, dat, wil een vereeniging voor ziekenhuisverpleging haar werk goed kunnen doen, zij een behoorlijk aantal leden moet bezitten. Bij kleine vereenigingen zal een abnormaal hoog aantal opnemingen in een bepaald jaar een zeer sterke stijging van de contributie met zich mede brengen. Hoe grooter het draagvlak, hoe billijker en evenrediger het risico verdeeld wordt en hoe constanter de contributie zal zijn.

Het is dan ook van de besturen van de kleine vereenigingen voor ziekenhuisverpleging onjuist gezien, om zich van een groote (gemeentelijke) organisatie af te scheiden, omdat zij meenen, aldus goed-

kooper te kunnen werken. Inderdaad kan zulks gedurende eenige jaren het geval zijn, maar als uit een kleine dorpsgemeenschap, hetzij toevallig, hetzij door bepaald aanwijsbare oorzaken (b.v. een epidemie), in een jaar zeer veel personen opgenomen moeten worden, zal het blijken, dat de kleine plaatselijke vereeniging een enorme hooge contributie vast zal moeten stellen. Derhalve dienen de kleine vereenigingen voor ziekenhuisverpleging, die dikwijls in een klein dorp (b.v. van ongeveer 300 zielen) haar werk verrichten en derhalve zeer weinig leden hebben, in een grootere gemeentelijke vereeniging te worden opgenomen.

Een andere vraag is, of ook de groote vereenigingen zich tot nog grootere vereenigen moeten. Dit is minder gewenscht, omdat tegenwoordig de administratie bij vrijwel alle vereenigingen voor ziekenhuisverpleging praktisch geheel zonder geldelijke belooning gedaan wordt, terwijl er bij een grootere organisatie betaald personeel in dienst genomen zou moeten worden, wat tot contributieverhooging zou moeten leiden.

De toestand, zooals die zich tegenwoordig in Friesland aan ons voordoet, dat de meeste vereenigingen voor ziekenhuisverpleging elk minstens 1500 verzekerde personen omvatten, blijkt in de praktijk zeer wel te voldoen.

HOOFDSTUK XV

SAMENVATTING VAN HET BEHANDELDE ; DESIDERATA MET BETREKKING TOT DE VEREENIGINGEN VOOR ZIEKENHUISVERPLEGING

In Nederland is op het gebied van verzekering zeer veel tot stand gekomen. Met name geldt dit voor de geneeskundige verzekering. Men kan zich zelf wel eens afvragen, of er niet te veel verzekerd wordt, en in verband hiermede, wat de begrenzing voor verzekering is.

Het instituut verzekering is slechts in zooverre nuttig te achten, als er die risico's door bezworen worden, waarvan men met vrij groote zekerheid aan kan nemen, dat de verzekerde een eventueele schade moeilijk of niet uit zijn normale inkomen weg zal kunnen werken.

Van dit standpunt uit moeten ook de vraagstukken op het gebied der geneeskundige verzekering beschouwd worden. Het blijkt, dat het in het standpunt neergelegde principe in Nederland, en met name in Friesland, in het algemeen goed begrepen wordt.

De verplichte geneeskundige verzekering heeft zeer veel nut gesticht. De sociale-verzekeringswetten zijn voor groote groepen van de bevolking een zegen.

Naast de verplichte blijft er voldoende ruimte voor de vrijwillige geneeskundige verzekering over. Hierbij treden twee instellingen op den voorgrond, namelijk de ziekenfondsen, die de geneeskundige hulp in den meest uitgebreiden zin van het woord ten behoeve van de thuis verpleegd wordende en loopende patiënten verzekeren, en de vereenigingen en maatschappijen voor ziekenhuisverpleging, die de verpleging en dikwijls ook de geneeskundige behandeling van de in een ziekenhuis opgenomen patiënten tot haar terrein van werkzaamheid gemaakt hebben.

De verzekering voor ziekenhuisverpleging houdt uiteraard verband met allerlei instellingen en verwante organisaties op het gebied der geneeskundige verzekering. Het nauwst is zij wel met de zieken-

fondsen verbonden. Met deze instellingen hebben de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging vele conflicten gehad, welke nog geenszins alle opgelost zijn.

Daar de schrijver meer speciaal met de toestanden in Friesland op de hoogte is, en daarvan ook speciale studie gemaakt heeft, zijn in het bijzonder deze nader uiteengezet. Dit neemt echter niet weg, dat de uiteenzettingen, al beperken zij zich hoofdzakelijk tot Friesland, toch een algemeene beteekenis hebben, omdat de vraagstukken, welke in deze provincie aan de orde zijn, ook voor andere streken van Nederland, zij het ook in een iets anderen vorm, van belang zijn.

In Friesland treden de onderlinge vereenigingen voor ziekenhuisverpleging op den voorgrond. Hierover is nog nimmer een verhandeling geschreven, waarin een diepgaande studie van de moeilijkheden en mogelijkheden van den vorm van geneeskundige verzekering, die in de genoemde vereenigingen gestalte krijgt, gemaakt is.

De vereenigingen voor ziekenhuisverpleging zijn in Friesland na 1924 als het ware uit den grond opgerezen. Van een eigenlijke ontwikkeling is geen sprake geweest, wat echter niet wegneemt, dat zij in velerlei opzicht tot voorbeeld voor vele zusterorganisaties gesteld kunnen worden.

Als men de taak van de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging beschouwt, treft het groote verschil met die der ziekenfondsen.

Echter is er ook overeenkomst te bespeuren. Evenals de ziekenfondsen voor on- en minvermogenden werken, zelfs uitsluitend voor deze catagorie, behartigen de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging in de eerste plaats de belangen der minder goed gesitueerden, al trachten zij tevens de beter gesitueerden in haar werk op te nemen.

Er is echter één twistpunt tusschen de ziekenfondsen en de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging, dat steeds weer op den voorgrond treedt, nl. de vraag aan wie het recht om de klinisch-specialistische hulp te vergoeden toekomt.

Conflicten zijn dan ook niet uitgebleven. Een duidelijk voorbeeld daarvan vindt men in den strijd, welke tusschen beide organisaties bij de oprichting van het Maatschappij-Ziekenfonds „Heerenveen en Omstreken”, dat aan haar leden ook de klinisch-specialistische hulp vergoedt, gevoerd is.

De kwestie van de vergoeding der klinisch-specialistische hulp is slechts *schijnbaar* onbelangrijk, in werkelijkheid beheerscht zij de mogelijkheid van werken voor vele vereenigingen voor ziekenhuisverpleging. De vrije ziekenhuiskeuze, een van de beginselen, volgens

welke het werk der vereenigingen voor ziekenhuisverpleging geleid behoort te worden, staat en valt met de mogelijkheid van het verstreken van de klinisch-specialistische hulp door deze vereenigingen. Aan haar komt dan ook, zoowel op historisch als op praktische gronden het recht toe om de klinisch-specialistische hulp te vergoeden.

Een scherpe scheiding tusschen de terreinen van werkzaamheid van de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging en de ziekenfondsen is voor de gezonde ontwikkeling van beide organisaties van de grootste beteekenis.

De scheiding ten aanzien van de vergoedingen kan men als volgt formuleeren : Het ziekenfonds vergoede aan haar leden uitsluitend de huisartsen-, pharmaceutische en poliklinisch-specialistische hulp (en eventueel ook de tandartsenhulp, brillen, bandages, enz.) ; de vereeniging voor ziekenhuisverpleging vergoede aan haar leden alle kosten, voortvloeiende uit de opneming, verpleging en behandeling van een patiënt in een ziekenhuis, dus óók de klinisch-specialistische hulp.

Indien dit beginsel aanvaard wordt, kunnen beide instellingen zich vrijelijk en onbelemmerd ontwikkelen en kunnen beide tot zegen der bevolking werkzaam zijn.

Met de Kruisvereenigingen werken de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging in goede verstandhouding samen. Beide organisaties vullen elkander aan.

Met de uitvoering van de sociale-verzekeringswetten hebben de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging weinig te maken, doch in de ontwerpen van Ziekenfondswet schuilen groote gevaren voor de zelfstandigheid en de mogelijkheid tot onbelemmerde ontwikkeling van de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging, op welke voorrechten deze instellingen toch zeker aanspraak mogen maken. Bij een eventueele Ziekenfondswet moet, meer dan bij de tot nog toe verschenen ontwerpen, met de belangen van de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging rekening gehouden worden.

Het voor de gemeenschap zoo belangrijke sociale karakter van de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging komt vooral tot uiting in de volgende feiten : vele vereenigingen kennen een gezinspremie, dat wil zeggen, de premie is voor elk gezin, ongeacht het aantal leden, waaruit het bestaat, dezelfde ; ook notabelen kunnen als lid toetreden, met andere woorden, zij werken zonder welstandsgrens.

De vereenigingen voor ziekenhuisverpleging in Friesland werken

uitmuntend. Er zijn zelfs vereenigingen, die het ideaal van ruime toegankelijkheid en ruime verzekering benaderen. Toch neemt dit niet weg, dat haar gebreken aankleven. De belangrijkste zijn : geen eenheid in de wijze van vergoeding, de volledigheid der verzekering laat te wenschen over en de duur van den te vergoeden verpleegtijd is in vele gevallen te kort. Een uniform reglement, waarvoor een ontwerp aangegeven wordt, kan deze gebreken goeddeels wegnemen. Een groot gebrek is ook het gemis aan geneeskundige contrôle op de noodzakelijkheid van opneming en den duur van de verpleging in een ziekenhuis. Hoewel tegen deze contrôle vele bezwaren ingebracht worden, zijn deze niet steekhoudend. De geneeskundige contrôle brengt uitsluitend voordeelen voor de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging.

In direct belang met de geneeskundige contrôle staat de indicatiestelling voor opneming in een ziekenhuis. Uiteraard is een juiste indicatiestelling ook op zichzelf voor de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging van groot belang.

De opneming van patiënten in de ziekenhuizen neemt toe. Dit verschijnsel is van groot gewicht voor de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging. Eenerzijds dienen zij zich goed op de hoogte te stellen van de oorzaken, die er aan ten grondslag liggen, opdat verhooging der uitgaven tengevolge van onnoodige opneming voorkomen kan worden. Anderzijds zullen zij er rekening mee moeten houden, dat in de toekomst de toeneming zal voortduren en dat zij grootere lasten te dragen zullen krijgen dan thans het geval is.

De maatschappijen, welke de verzekering voor ziekenhuisverpleging uit commercieele overwegingen ter hand hebben genomen, zijn in Friesland (behalve in de steden) van betrekkelijk geringe beteekenis. Dit behoeft geen verwondering te wekken, als men de wijze van oprichting en het snelle succes van de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging in aanmerking neemt.

Een goede ontwikkeling van de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging is een sociaal en hygiënisch belang. Het is derhalve noodig, dat de vereenigingen voor ziekenhuisverpleging weten, wat er aan haar nog hapert en op welke wijze verbetering te verkrijgen is.

De richtlijnen en wenschen, die hiermede verband houden, zijn in de volgende punten samengevat :

I. De beginselen, volgens welke het werk der vereenigingen voor ziekenhuisverpleging geleid moet worden, zijn :

1. voor iedereen toegankelijk ;
2. vrije ziekenhuiskeuze ;
3. vrije artskenkeuze ;
4. geen welstandsgrens ;
5. een zoo volledig mogelijke verzekering.

II. Het is noodzakelijk, dat de terreinen van werkzaamheid der ziekenfondsen en der vereenigen voor ziekenhuisverpleging nauwkeurig en scherp van elkander afgegrensd worden en wel naar de volgende beginselen :

1. Het ziekenfonds vergoedt uitsluitend de huisartsen-, pharmaceutische- en poliklinisch-specialistische hulp (en eventueel ook tandartsenhulp, brillen, bandages, enz.).

2. De vereeniging voor ziekenhuisverpleging vergoedt alle kosten, voortvloeiende uit de opneming, verpleging en behandeling van een patiënt in een ziekenhuis, dus óók de klinisch-specialistische hulp.

3. Indien aan een ziekenfonds een vereeniging voor ziekenhuisverpleging verbonden is, worden de administraties van beide afzonderlijk gehouden en wordt de klinisch-specialistische hulp door de aan het ziekenfonds verbonden vereeniging voor ziekenhuisverpleging vergoed, en niet door het ziekenfonds zelf.

4. De statuten van een ziekenfonds mogen geen bepalingen bevatten, waardoor de leden van dat fonds gedwongen worden zich aan te sluiten bij de aan het ziekenfonds verbonden vereeniging voor ziekenhuisverpleging.

III. In een eventueele Ziekenfondswet moet rekening gehouden worden met de onder II genoemde punten.

IV. Het is wenschelijk, dat een vereeniging voor ziekenhuisverpleging beschikt over een reservefonds, waaruit slechts in zeer bijzondere omstandigheden geput mag worden.

V. Het is wenschelijk, dat er meer uniformiteit gebracht worden in de reglementair vastgestelde vergoedingen van de vereenigen voor ziekenhuisverpleging en dat in deze vergoedingen de beginselen volledig tot uiting komen.

VI. Het is noodzakelijk, dat de vereenigen voor ziekenhuisverpleging over de diensten van een controleerenden geneesheer be-

schikken, die tot taak heeft contrôle uit te oefenen op de noodzakelijkheid en den duur van de opneming en die verder heeft na te gaan, of bepaalde patiënten ook voor rekening van andere organisaties opgenomen en behandeld kunnen worden.

VII. Het is wenschelijk, dat een vereeniging voor ziekenhuisverpleging, voordat zij iemand als nieuw lid aanneemt, van den candidaat een geneeskundig attest (niet afgegeven door den huisarts) verlangt, waarin verklaard wordt, dat, na onderzoek, gebleken is, dat hij niet lijdende is aan een ziekte of afwijking, waarvoor in de nabije toekomst opneming in een ziekenhuis noodig kan worden.

VIII. Het is wenschelijk, dat de zeer kleine vereenigingen voor ziekenhuisverpleging opgenomen worden in een grootere vereeniging, omdat daardoor het draagvlak grooter, de verdeeling van het risico evenrediger en dus billijker, en de contributie constanter wordt.

L I T E R A T U U R

1. J. v. D. TEMPEL en E. BOEKMAN, De sociale verzekering in Nederland. Uitg. N.V. Ontwikkeling, Amsterdam, 1923.
2. De kleine gids betreffende de Nederlandsche sociale verzekering. Uitg. Vereeniging van Raden van Arbeid, 1937.
3. Jaarverslag van de „Friesche Landbouw-Onderlinge“, 1 Nov. 1937—31 Oct. 1938.
4. Jaarverslag van de Onderlinge Bedrijfsvereeniging „De Waarborg“ te Leeuwarden, 1938.
5. Reglementen van de Onderlinge Bedrijfsvereeniging „De Waarborg“ te Leeuwarden.
6. Reglementen van de Stichting „Onderlinge Sanatorium-Verzekering“ te Groningen.
7. W. SCHUURMANS STEKHOVEN, Maatschappelijke Gezondheidszorg. Uitg. J. B. Wolters, Groningen-Den Haag, 1928.
8. A. GROTJAHN und J. KAUP, Handwörterbuch der Sozialen Hygiene, 1912.
9. A. FISCHER, Grundriss der Sozialen Hygiene, 1913.
10. A. GROTJAHN, L. LANGSTEIN und F. ROTT, Ergebnisse der Sozialen Hygiene und Gesundheitsfürsorge, 1930.
11. W. EWALD, Soziale Medizin, 2 Bände, I 1911, II 1914.
12. R. N. M. EYKEL, Overzicht over het sociaal-hygiënisch werk in Nederland op het gebied van den dienst der Volksgezondheid. Uitg. Alg. Landsdrukkerij, Den Haag, 1932.
13. L. HEYERMANS, Gemeentelijke Gezondheidszorg in Nederland. Uitg. N.V. Ontwikkeling, Amsterdam, 1929.
14. Overzicht van den omvang van het ziekenfondswezen in Nederland op 1 Januari 1936. Uitg. Centraal Bureau voor de Statistiek, Den Haag.
15. Maandschrift van het Centraal Bureau voor de Statistiek, Jaargang 33, afl. 5, 31 Mei 1938.
16. Verschillende reglementen van ziekenkassen, ziekenfondsen en vereenigingen voor ziekenhuisverpleging in Friesland.
17. Verschillende polissen van verzekeringsmaatschappijen, die zich op het terrein der ziekenhuisverpleging bewegen.
18. Jaarverslagen en Beschrijvingsbrieven van de Federatie van Vereenigingen voor Ziekenhuisverpleging in Friesland.
19. Idem van den Bond van Vereenigingen voor Ziekenhuisverpleging in Groningen.
20. Idem van den Bond van Vereenigingen voor Ziekenhuisverpleging in Drenthe.

21. Idem van de Federatie van Vereenigingen voor Ziekenhuisverpleging in Nederland.
22. Maandschrift „Ons Ziekenhuis”, April 1939, afl. 4.
23. Geschriften van de Nederlandsche Vereeniging voor Armenzorg en Weldadigheid. Uitg. Tjeenk Willink, Haarlem.
 - a. No. LXI : Prae-adviezen over het onderwerp : Op welke wijze kunnen de lasten voor de gemeenten en gemeentelijke instellingen, voortvloeiende uit de genees- en verloskundige hulp en ziekenhuisverpleging, met de minste bezwaren worden verlicht? Augustus 1934.
 - b. No. LXII : Notulen van de beraadslaging over de prae-adviezen, opgenomen in No. LXI. Februari 1935.
 - c. No. LXVIII : Rapport over de in No. LXI gestelde vraag en prae-adviezen. September 1937.
24. Het N.V.V. en het ziekenfondswezen door F. S. Noordhoff. Uitg. N.V.V., Juli 1933.
25. 14e Verslag van het N.V.V., 1 Januari 1929 t/m 31 December 1931.
26. Rapport van de Commissie inzake het ziekenfondswezen, ingesteld op 4 November 1937 door Medicorum Vinculum te Leeuwarden.
27. Periodiek, 4e jaargang, No. 1, April 1938. Uitg. Vereenigingen voor Ziekenhuisverpleging in Groningen, Friesland en Drenthe.
28. Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde, 1938, II, blz. 2889 e.v.
29. De Nederlandsche Volkskarakters, onder Redactie van Anne de Vries en P. J. Meertens. Uitg. J. H. Kok, Kampen, 1938.
30. A. M. RITALA, Statistische Mittlere Fehler, Helsinski, 1933.
31. J. G. G. BORST, De beteekenis van het getal in de inwendige geneeskunde, 1938.
32. W. B. SMIT, Het vraagstuk der ziekenhuisverpleging voor de gemeenten. Uitg. Tjeenk Willink, Haarlem, 1938.
33. J. A. BERGER, De geschiedenis van het ziekenfondswezen in Nederland. Uitg. Fa. F. v. d. Velde, Vlissingen, 1931.
34. P. MUNTENDAM, De sociale-verzekeringswetten. Uitg. P. Noordhoff N.V. Groningen, Batavia, 1937.

